第20回

日本小児消化管感染症研究会

2024年2月18日（日）

プログラム・抄録集

消化管感染症学を嗜（たしな）む

当番世話人

垣内 俊彦（佐賀大学医学部小児科）

会　場

JR HAKATA CITY JR博多シティ
10F 大会議室

〒812-0012 福岡市博多区博多駅中央街1番1号 10F

写真提供：福岡市

https://jspgi20.org.

日本化薬

抗ヒトTNFαモノクローナル抗体製剤　生物由来製品・劇薬・処方箋医薬品*　薬価基準収載

インフリキシマブBS点滴静注用100mg「NK」

インフリキシマブ（遺伝子組換え）［インフリキシマブ後続1］製剤

Infliximab BS for I.V. Infusion 100mg「NK」　＊注意－医師等の処方箋により使用すること

日本化薬 医薬品情報センター
0120-505-282（フリーダイヤル）
日本化薬 医療関係者向け情報サイト
https://mink.nipponkayaku.co.jp/

製造販売元（文献請求先及び問い合わせ先）
日本化薬株式会社
東京都千代田区丸の内二丁目1番1号

'20.10作成

※効能又は効果、用法及び用量、警告、禁忌を含む使用上の注意等については、製品添付文書をご参照ください。

ご挨拶

この度、第20回日本小児消化管感染症研究会当番世話人を拝命させていただきました。伝統ある日本小児消化管感染症研究会の当番世話人を担当させていただくこと大変光栄に思いますと同時に、ご高配いただきました当研究会の代表世話人であられます兵庫医科大学小児科奥田真珠美先生、前代表世話人であられました順天堂大学小児科清水俊明先生をはじめ、諸先生方に厚く御礼申し上げます。

本研究会は節目となる第20回目を迎えることになります。それを機会に、「消化管感染症学を嗜（たしな）む」をテーマに据え、本研究会の諸先輩方が今まで築き上げてこられたエビデンス、現在進行形で構築されつつある研究内容、今後につながる発展的なプレリミナリー研究など、小児消化管感染症分野の様々な内容を参加者全員で共有し、美味しく嗜み尽くそうと考えております。今までは、例年、東京と大阪で交互に開催されておりましたが、今回は初めてそれ以外の都市、九州福岡で開催することになりました。九州を代表する福岡は、食べ物が美味しいことは全国に知れ渡っており、私の地元の佐賀には美味しくて有名な日本酒もあります。皆様是非とも、福岡にお越しいただき、頭とお腹とで、美味しいものを嗜み尽くしていただきたいと思います。

今回の研究会は、現地開催のみとなります。全国の多くの先生方に参加いただけるように、JR博多駅ビルにある会議室で行いますので、飛行機、新幹線を利用される先生も一度も外に出ることなく参加可能な、アクセス抜群の立地です。また、駅ビルや周辺には、九州の食材を使った美味しい料理を食べられるお店やお土産を買える複合ビルも数多く立地しています。

本研究会では、エルシニア感染症やロタウイルスワクチンの特別講演、炎症性腸疾患と消化器感染症の鑑別、ヘリコバクター・ピロリ感染症のシンポジウムなどを準備しています。今回から代表世話人奥田真珠美先生のご発案で、優秀演題賞も創設されました。この賞を目指して、全国の先生方に一般演題でご発表いただき、多くの知見を参加者全員で共有できれば、今後の日常診療にも大いに役立つことと思います。小児感染症、小児消化器の専門の垣根を取り払い、また、メディカルスタッフの方々に数多く参加いただけるように準備をしてきました。

今回の研究会が、小児消化管感染症分野の臨床と研究の発展に少しでも寄与できることを祈念しています。一人でも多くの方々にご参加頂き、実り多き会になるよう皆様のご協力を何卒宜しくお願い申し上げます。

2024年1月吉日

第20回日本小児消化管感染症研究会
当番世話人　垣内 俊彦
（佐賀大学医学部小児科）

◆参加に関するご案内とお願い

1. 開催方法について
現地開催のみ。ライブ配信、オンデマンド配信はございません。

2. 参加登録について
本会の参加登録は、「オンラインサイトによるクレジット決済のみ」の対応となります。お手持ちのPC、スマートフォンよりオンラインでのお申込み・決済をお願いいたします。
https://jspgi20.org/registration.html

参加区分	参加費
一　般	3,000円
初期研修医・学生	無　料

（税区分：不課税）

3. 参加証（ネームカード）について
・ネームカードの事前発送はございません。
・ネームカードは会場の受付でお渡しいたします。
「登録費決済完了のお知らせ（クレジットカード）」メールを受付にご提示ください。
・会場にご入場の際には、必ず参加証を着用してください。
参加証用ネームケースは会場ロビーに用意しております。

4. 抄録集について
抄録集は、会員の皆様には登録の有無に関わらず事前発送させて頂きます。

5. 懇親会について
懇親会は開催いたしません。

6. ご注意
・会場内でご自身の発表以外の録音・写真撮影・ビデオ撮影はお断りします。
・会場内では携帯電話などの電源はお切りいただくか、マナーモードに切り替えてご使用ください。
・会場での呼び出しはおこないません。
・会場内は「禁煙」です。
・災害発生時は、館内の避難アナウンスに従ってください。

◆演者・座長の先生方へのご案内

1. 講演座長・司会の皆様へ
   ・座長・司会者も必ず参加登録をお願いします。ご登録がない場合、司会・座長をご担当いただいても参加証等は発行されませんのでご注意ください。（特別講演・ランチョンセミナー・特別シンポジウム除く）
   ・割り当ての時間（日程表参照）に則り、時間厳守にご協力お願いします。
   ・担当セッションの開始15分前には、次座長席（会場前方右側）にご着席ください。

2. 演者の先生方へのご案内
   以下の要領にしたがってご準備いただきますようお願いします。
   演者も必ず参加登録をお願いいたします。（特別講演・ランチョンセミナー・特別シンポジウム除く）

   1）発表時間
   ・特別シンポジウム
   基調講演：発表12分、質疑応答3分
   演題：発表8分、質疑応答2分
   総合討論：15分
   ・一般演題：発表7分、質疑応答3分（計10分）※進行の関係上、時間厳守でお願いします。

   2）発表スライド：下記の通り、作成をお願いします。
   ・1枚目：演題名・ご氏名・ご所属
   ・2枚目：利益相反（COI）
   ・3枚目～：講演内容
   ・スライドサイズは16：9を推奨しますが、4：3でも対応は可能です。

   3）講演発表者の皆様へ
   ・発表データについて
   1．口演発表はすべてPCプレゼンテーション（1画映写）です。発表時間は事務局からの案内に準じてご準備ください。
   2．会場にはOS：Windows 10のPCを用意します。
   3．発表データはWindowsで読み取り可能なUSBメモリーに保存してご持参ください。保存いただく際には、ファイル名を「演題番号発表者名」としてください。
   例　SY01-1-山田太郎
   ※コピーミスを防ぐために、メディアに保存した後、作成したPC以外のPCの環境でも正常に動作することをご確認ください。
   4．アプリケーションはWindows版PowerPoint 2013、2021で作成してください。
   ※Macintosh版PowerPointで作成された発表データは必ずWindows PCで動作確認をしたデータをご持参ください。または、ご自身のノートパソコンを必ずご持参ください。
   5．データを提出される場合、画面レイアウトのバランス異常や文字化けを防ぐため、フォントはOSに標準で装備されているもの：「MS・MSPゴシック」「MS・MSP明朝」「メイリオ・Meiryo UI」「游ゴシック・游明朝」「Times New Roman」「Century」「Century Gothic」「Arial Black」をご利用ください。
   6．スライドサイズは16：9を推奨しますが、4：3でも対応は可能です。
   7．発表データが動画などの外部データにリンクされている場合は、ご自身のノートパソコンをご持参ください。PC本体をお持込みの場合でも、バックアップとしてUSBをお持ちください。
   8．ウイルスチェックを事前に行ってください。
   9．発表データは、会場内のパソコンに一旦コピーさせていただきますが、学会終了後に事務局にて責任をもって消去いたします。

・ノートパソコン持参の場合

1．お持込いただきますノートパソコンは HDMI のモニター出力端子が必要となります。この端子が無いパソコンをお持込いただく場合は、別途変換コネクタを必ずご用意ください。
2．音声をご利用の場合は PC 受付にてあらかじめお申し出ください。
3．スクリーンセーバーならびに省電力設定はあらかじめ解除しておいてください。Macintosh をお持込みいただく場合はホットコーナー設定もあらかじめ解除してください。
4．AC アダプターを必ずご持参ください。
5．会場にて用意したプロジェクターと接続ができない場合に備え、バックアップ用のデータをご持参されることをお勧めいたします。

3．発表データ受付および発表手順について

1．発表の30分前までに PC 受付でデータ受付を行い、動作確認を行ってください。ノートパソコン持参の場合も PC 受付で試写の上、ご自身で発表会場前方の PC オペレーター卓へお持ちください。
2．発表者は発表の15分前までに発表会場へご来場の上、前演者が登壇されたら会場前方左側の次演者席にご着席ください。
3．発表者は演題にセットされているモニター（スクリーンと同じスライドが表示されます）を見ながら、キーボード・マウスを各自で操作して進めてください、発表者ツールの使用はできません。
4．持込みのノートパソコンは、発表が終了されたら、ご自身で PC オペレーター卓からお引き取りください。

4．発表時における利益相反（COI）の開示について

発表者は必ず利益相反について開示をお願いします。
該当する COI 状態について、発表スライドの2枚目（または演題・発表者などを紹介するスライドの次）に開示してください。
COI 自己申告基準及び、開示スライドの見本は以下の通りとなります。

第 20 回日本小児消化管感染症研究会
COI 開示
発表者名：

今回の演題に関して開示すべき COI は下記のとおりです。

企業名：

役員・顧問職　A 製薬

講演料等　B 医療機器メーカー

原稿料等　C 出版社

第 20 回日本小児消化管感染症研究会
COI 開示
発表者名：

今回の演題に関して開示すべき COI はありません。

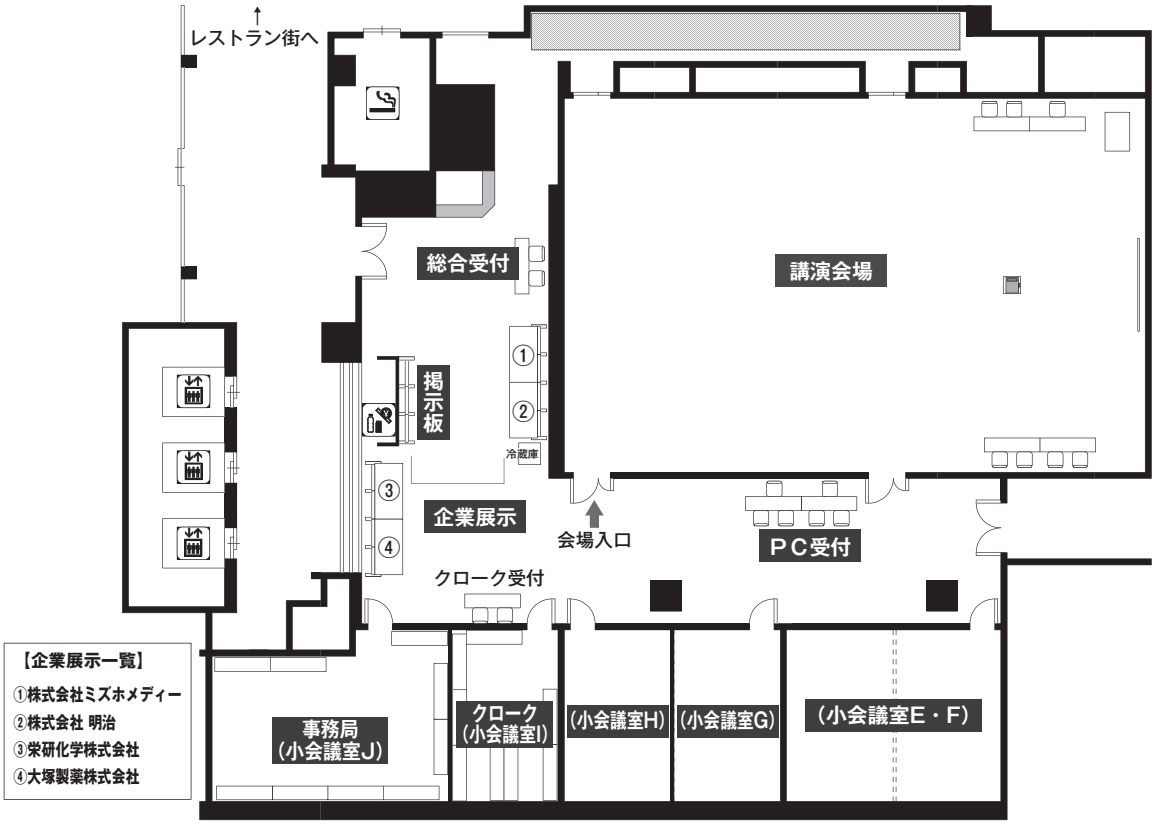
5．その他の注意事項について

・発表スライドの作成等にあたっての、著作権の取り扱いについては発表者ご自身の責任のもとに行ってください。本会では、著作権に係るトラブルの責任は負いかねます。

◆会場のご案内

JR HAKATA CITY
　JR 博多シティ10F　大会議室（A＋B＋C＋D）（現地開催のみ）
　〒812-0012　福岡市博多区博多駅中央街1番1号10F

JR 博多シティ 10F フロア図



日 程 表

9:00	9:10	開会の辞　垣内 俊彦（佐賀大学医学部小児科）
9:10	9:30	一般演題1　小児外科　座長：水落 建輝（久留米大学医学部小児科） 演題1　杉野 嘉彦（熊本赤十字病院こども医療センター小児科） 演題2　林田 真（福岡市立こども病院小児外科）
9:30	10:00	一般演題2　臨床研究　座長：山﨑 伸二（大阪公立大学大学院獣医学研究科） 演題3　高野 智子（たかのこどもクリニック） 演題4　永田 万純（順天堂大学小児科） 演題5　髙木 祐吾（熊本赤十字病院こども医療センター小児消化器・肝臓科）
10:00	11:00	特別講演1　座長：藤本 一眞（国際医療福祉大学大学院医学系研究科） 演者：清水 誠治（大阪鉄道病院消化器内科） 「“炎症性腸疾患”の内視鏡診断」　共催：田辺三菱製薬株式会社
11:00	11:15	休憩
11:15	11:45	一般演題3　新規診断法・研究　座長：工藤 孝広（順天堂大学医学部小児科） 演題6　笠井 正志（兵庫県立こども病院感染症内科） 演題7　山﨑 伸二（大阪公立大学大学院獣医学研究科） 演題8　藺牟田 直子（鹿児島大学大学院医歯学総合研究科微生物学分野）
11:50	12:50	ランチョンセミナー　座長：清水 俊明（順天堂大学大学院医学研究科小児思春期発達・病態学） 演者：大毛 宏喜（広島大学病院感染症科） 「腸内細菌叢の不思議」　共催：ミヤリサン製薬株式会社
12:50	13:10	世話人会　進行：奥田 真珠美（日本小児消化管感染症研究会代表世話人）
13:15	13:25	総会　進行：奥田 真珠美（日本小児消化管感染症研究会代表世話人）
13:30	14:30	特別講演2　座長：山岸 由佳（高知大学医学部臨床感染症学講座） 演者1：原 めぐみ（佐賀大学医学部 医学科社会医学講座予防医学分野） 「ロタウイルス感染症の疫学とワクチン有効性評価」 演者2：田代 克弥（唐津赤十字病院小児科） 「エルシニア感染症と川崎病」　共催：ミヤリサン製薬株式会社
14:30	15:00	一般演題4　ヘリコバクター・ピロリ　座長：江口 啓意（佐賀大学医学部小児科） 演題9　佐藤 友紀（広島市立舟入市民病院小児科） 演題10　汐田 航平（大阪市立総合医療センター小児救急・感染症内科） 演題11　幾瀬 圭（順天堂大学小児科）
15:00	15:15	休憩
15:15	16:30	特別シンポジウム　司会：加藤 元嗣（公益財団法人北海道対がん協会） 奥田 真珠美（兵庫医科大学小児科） 小児の*Helicobacter pylori* の現在と未来 【基調講演】演者　奥田 真珠美（兵庫医科大学小児科） 「中学生に対するピロリ菌検査と除菌治療：実施状況と方法に関する全国自治体調査」 演者2　行元 崇浩（佐賀大学医学部内科学講座消化器内科） 「*H.pylori* 除菌後に進行癌として発見された若年発症胃癌の一例」 演者3　川合 紗世（愛知医科大学医学部公衆衛生学講座） 「ピロリ菌感染を考慮した胃がん対策の費用対効果」 演者4　水野 靖大（マールクリニック横須賀） 「横須賀市で新たに開始されたピロリ菌検診」 【基調講演】演者　加藤 元嗣（公益財団法人北海道対がん協会） 「若年者への*H. pylori* 除菌による胃がん予防」　共催：株式会社ミズホメディー
16:30	17:00	一般演題5　大腸菌・免疫　座長：髙木 祐吾（熊本赤十字病院こども医療センター小児消化器・肝臓科） 演題12　吉村 翔平（愛仁会高槻病院小児外科） 演題13　堀 佳那江（東京医科大学小児科・思春期科） 演題14　青木 真史（済生会横浜市東部病院小児肝臓消化器科）
17:00	17:15	優秀演題賞表彰・閉会の辞　垣内 俊彦（佐賀大学医学部小児科）

第 20 回 日本小児消化管感染症研究会
プログラム

9:00-9:10　開会の辞　当番世話人：垣内 俊彦（佐賀大学医学部小児科）

9:10-9:30　一般演題1　小児外科

座長：水落 建輝（久留米大学医学部小児科）

01. 短腸症候群の女児に発症した D- 乳酸アシドーシスを疑う意識障害

○杉野 嘉彦[1)]、佐々木 涼介[1)]、髙木 祐吾[1)]、平井 克樹[1)]、吉元 和彦[2)]

1）熊本赤十字病院こども医療センター小児科

2）熊本赤十字病院こども医療センター小児外科

02. サルモネラ腸炎後に結腸間膜膿瘍を呈した 1 例

○林田 真、植田 倫子、中村 睦、中林 和庸

福岡市立こども病院小児外科

9:30-10:00　一般演題2　臨床研究

座長：山﨑 伸二（大阪公立大学大学院獣医学研究科）

03. カンピロバクター腸炎に対する抗菌薬使用の有用性

○高野 智子

たかのこどもクリニック

04. 小児炎症性腸疾患におけるサイトメガロウイルス抗体保有率：単施設研究

○永田 万純[1)]、Tetiana Harashchenko[1,2)]、工藤 孝広[1)]、徳島 香央里[1)]、伊藤 夏希[1)]、新井 喜康[1)]、宮田 恵理[1)]、幾瀬 圭[1)]、神保 圭佑[1)]、大塚 宜一[1)]、清水 俊明[1)]

1）順天堂大学小児科

2）Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology named after acad. O.M. Lukyanova of the NAMS of Ukraine, SI

05. 腹部超音波は細菌性腸炎の起炎菌を見抜けるか？ - 単施設研究 -

○髙木 祐吾[1)]、野上 正雄[2)]、日髙 敏哉[3)]、吉元 和彦[4)]

1）熊本赤十字病院こども医療センター小児消化器・肝臓科

2）熊本赤十字病院こども医療センター小児科

3）熊本赤十字病院こども医療センター検査部

4）熊本赤十字病院こども医療センター小児外科

10:00-11:00　特別講演 1

座長：藤本 一眞（国際医療福祉大学大学院医学系研究科 教授）

演者：清水 誠治（大阪鉄道病院消化器内科 統括副院長）
“炎症性腸疾患”の内視鏡診断

共催：田辺三菱製薬株式会社

11:15-11:45　一般演題 3　新規診断法・研究

座長：工藤 孝広（順天堂大学医学部小児科）

06.　感染性胃腸炎疑い例への FilmArray 消化管パネルの使用経験
〇笠井 正志
兵庫県立こども病院感染症内科

07.　小児下痢症患者から分離した *Providencia* 属菌の新規病原因子
〇山﨑 伸二[1)]、Jayedul Hassan[1)]、日根野谷 淳[1)]、畑中 律敏[1)]、
Awasthi Sharda Prasad[1)]、山手 丈至[1)]、中村 昇太[2)]、元岡 大祐[2)]、名木田 章[3)]
1）大阪公立大学大学院獣医学研究科
2）大阪大学微生物病研究所
3）水島中央病院小児科

08.　腸管凝集性大腸菌（EAEC）の分子疫学解析－ atypical EAEC を含めて－
〇藺牟田 直子、西 順一郎
鹿児島大学大学院医歯学総合研究科微生物学分野

11:50-12:50　ランチョンセミナー

座長：清水 俊明（順天堂大学大学院医学研究科小児思春期発達・病態学 教授）

演者：大毛 宏喜（広島大学病院感染症科 教授）
腸内細菌叢の不思議

共催：ミヤリサン製薬株式会社

12:50-13:10　世話人会

進行：奥田 真珠美（日本小児消化管感染症研究会代表世話人）

13:15-13:25　総会

進行：奥田 真珠美（日本小児消化管感染症研究会代表世話人）

13:30-14:30　特別講演 2

座長：山岸 由佳（高知大学医学部臨床感染症学講座 教授）

演者1：原 めぐみ（佐賀大学医学部医学科社会医学講座予防医学分野 准教授）
ロタウイルス感染症の疫学とワクチン有効性評価

演者2：田代 克弥（唐津赤十字病院 副院長・小児科部長）
エルシニア感染症と川崎病

共催：ミヤリサン製薬株式会社

14:30-15:00　一般演題 4　ヘリコバクター・ピロリ

座長：江口 啓意（佐賀大学医学部小児科）

09.　学童期に急性胃粘膜病変で発症し、鳥肌胃炎に至った*Helicobacter pylori* 感染症の一例
〇佐藤 友紀、佐久間 彩子、岡野 里香
広島市立舟入市民病院小児科

10.　ヘリコバクターピロリ菌の家族内感染に対して除菌を行った慢性 ITP の一例
〇汐田 航平、堀田 貴大、奥野 英雄、天羽 清子
大阪市立総合医療センター小児救急・感染症内科

11.　重篤な血小板減少を来したピロリ菌関連免疫性血小板減少症母体児の 1 例
〇幾瀬 圭、池田 奈帆、大川 夏紀、東海林 宏道、工藤 孝広、清水 俊明
順天堂大学小児科

15:15-16:30　特別シンポジウム　小児の*Helicobacter pylori* の現在と未来

司会：加藤 元嗣（公益財団法人北海道対がん協会 会長）
奥田 真珠美（兵庫医科大学小児科 教授）

特別シンポジウム－1　【基調講演】中学生に対するピロリ菌検査と除菌治療：実施状況と方法に関する全国自治体調査
奥田 真珠美（兵庫医科大学小児科 教授）

特別シンポジウム－2　*H.pylori* 除菌後に進行癌として発見された若年発症胃癌の一例
行元 崇浩（佐賀大学医学部内科学講座消化器内科 助教）

特別シンポジウム－３　ピロリ菌感染を考慮した胃がん対策の費用対効果
川合 紗世（愛知医科大学医学部公衆衛生学講座 講師）

特別シンポジウム－４　横須賀市で新たに開始されたピロリ菌検診
水野 靖大（マールクリニック横須賀 院長）

特別シンポジウム－５　【基調講演】若年者への*H. pylori* 除菌による胃がん予防
加藤 元嗣（公益財団法人北海道対がん協会 会長）

共催：株式会社ミズホメディー

16:30-17:00　一般演題５　大腸菌・免疫
座長：髙木 祐吾（熊本赤十字病院こども医療センター小児消化器・肝臓科）

12.　出血性腸炎と虚血性腸炎が混在した腸管出血性大腸菌による溶血性尿毒症症候群の１例
〇吉村 翔平、辻 恵未、服部 健吾、津川 二郎、西島 栄治
愛仁会高槻病院小児外科

13.　ベドリズマブ二次無効と鑑別を要した*Edwardsiella tarda* 腸炎合併の潰瘍性大腸炎の１例
〇堀 佳那江、堤 範音、村上 美佐子、鶴井 萌子、渡邉 駿、長谷川 里奈、山田 ひかり、西亦 繁雄、柏木 保代、山中 岳
東京医科大学小児科・思春期科

14.　Ｔ細胞活性型急性肝炎の免疫抑制療法後にサイトメガロウイルス腸炎を発症した一例
〇青木 真史[1)]、梅津 守一郎[1)]、陶山 友徳[1)]、十河 剛[1)]、乾 あやの[1)]、大嶋 明[2)]、川田 潤一[3)]、原田 憲一[4)]、森田 篤志[5)]、今川 和生[5)]、酒井 愛子[6)]
1）済生会横浜市東部病院小児肝臓消化器科
2）神奈川県立こども医療センター感染免疫科
3）名古屋大学大学院医学研究科小児科学
4）金沢大学医薬保健研究域医学系人体病理学
5）筑波大学附属病院小児科
6）国立国際医療研究センター感染病態研究部

17:00-17:15　優秀演題賞表彰・閉会の辞　垣内 俊彦（佐賀大学医学部小児科）
第 20 回日本小児消化管感染症研究会

抄　録

〈特別講演・ランチョンセミナー・特別シンポジウム〉

特別講演 1

共催：田辺三菱製薬株式会社

座長：藤本 一眞（国際医療福祉大学大学院医学系研究科 教授）

“炎症性腸疾患”の内視鏡診断

○清水 誠治
大阪鉄道病院消化器内科 統括副院長

“炎症性腸疾患（広義）”はきわめて多様であるが，感染性（Infectious），医原性（Iatrogenic），虚血性（Ischemic）．特発性（Idiopathic）の I を頭文字とする 4 つのカテゴリーに集約される．“炎症性腸疾患”は基本的に正常の構成要素から成り立っており，腫瘍における病理診断のような診断の gold standard が存在しない．とくに IBD を含む特発性の疾患は表現型の類似によって疾患概念が構築されており，基本的に診断は画像診断と除外診断によりなされている．“炎症性腸疾患”は同じ疾患であっても病像は一定でなく，異なる疾患であっても病像が類似することが多い．とくに治療の観点からは，腸管感染症を IBD と誤診することは最悪のシナリオである．

腸炎の診断は様々な情報を綜合的に判断するが，以下の諸点に留意する必要がある．1）疾患毎に決め手となる情報が異なる．2）非典型例を含む様々なバリエーションが存在する．3）診断に用いられる検査法の精度には制約がある．4）時間経過に伴い病像が変化する．5）個々の疾患についての知識が要求される．その上で対象疾患を効率的に絞り込み，限られた検査で診断に至るノウハウを身に付けることが重要である．本講演では主観的な解釈が介入しやすい内視鏡診断におけるピットフォールを中心に解説する．

1959 年 2 月 18 日和歌山県田辺市生

《学歴》
1983 年 3 月：京都府立医科大学卒業
1983 年 4 月：同　公衆衛生学（川井）教室入局
1991 年 9 月：医学博士号取得

《職歴》
1983 年 5 月～京都第一赤十字病院（内科研修医，第二内科レジデント・医師を経て副部長）
2000 年 7 月～大阪鉄道病院（消化器内科副部長・部長を経て医務部長，診療部長，副院長）
2017 年 4 月～同上　統括副院長

《専門分野》
腸疾患の診療

《役職》
日本消化器病学会評議員，日本消化器内視鏡学会社団評議員，日本消化管学会代議員，日本大腸肛門病学会評議員／邦文誌編集委員，早期胃癌研究会運営委員ほか

特別講演2

共催：ミヤリサン製薬株式会社

座長：山岸 由佳（高知大学医学部臨床感染症学講座 教授）

ロタウイルス感染症の疫学とワクチン有効性評価

○原 めぐみ
佐賀大学医学部医学科社会医学講座予防医学分野 准教授

ロタウイルスワクチンの定期接種化により、小児のロタウイルス胃腸炎の患者報告数は激減し、予防接種によるインパクトを実感できました。予防接種は、ワクチンを受けた個人の感染を予防し、感染が起きても症状が軽減される効果だけでなく、多くの人がワクチンを受けることで免疫を持つ人々の割合が増え、接種者の周囲の人々の感染リスクを減少させることから、集団全体で感染拡大を抑制し、感染のおそれのある疾病の発生とまん延を予防します。

予防接種の公衆衛生への貢献を考える際には、ワクチン有効性、ワクチン導入による疾病負荷への影響（インパクト）について、疫学に基づく理解が必要です。疾病負荷への影響は記述的疫学で評価し、有効性は分析的疫学を用いて集団データを統計的に分析します。集団全体を対象とするため、調査対象者の選択、バイアスの潜在的な影響、疾患の定義、追跡・観察方法、交絡因子などに対する正確な理解が不可欠です。

本講演では、ワクチン疫学の方法論と実践に焦点を当て、特に分析的疫学を中心に、ロタウイルスワクチンの有効性評価の事例を紹介します。

1996 年　佐賀医科大学卒業
1996 年　佐賀大学医学部附属病院内科研修医
2000 年　国立がんセンターリサーチレジデント
2001 年　医学博士取得（佐賀医科大学）（医博 甲 第 119 号）
2001 年　佐賀大学医学部社会医学講座予防医学分野　助手
2007 年　佐賀大学医学部社会医学講座予防医学分野　助教
2011 年　佐賀大学医学部社会医学講座予防医学分野　講師
2013 年　London School of Hygiene and Tropical Medicine
Epidemiological evaluation of vaccine short course 修了
2016 年　佐賀大学医学部社会医学講座予防医学分野　准教授
現在に至る

特別講演2

共催：ミヤリサン製薬株式会社

座長：山岸 由佳（高知大学医学部臨床感染症学講座 教授）

エルシニア感染症と川崎病

○田代 克弥
唐津赤十字病院 副院長・小児科部長

1967 年川崎富作先生が川崎病を報告して以来、世界中で認知されている小児特有の血管炎である。溶連菌をはじめとして様々な病因が提唱されてきた。中でも何らかの先行感染を契機に発症することが有力な仮説であるが未だ確定したものはない。そして、病気のメカニズムについても不明な点が数多い疾患である。

一方、泉熱の別名でも知られている *Yersinia Pseudotuberculosis*（以下 *YP*）感染症は、川崎病の診断基準を満たして冠動脈流形成もみられることが以前より報告されている。[1] *YP* の分離培養が臨床では困難であるため、川崎病と診断され治療がなされているものもある一定存在することが想定される。これまでの検討では *YP* 血清抗体価による検討が一部でなされ、川崎病の 10％程度に *YP* 感染症が含まれていることが報告されている。

近年の検査技術の進歩により、分離培養のみでなく PCR を用いた菌の検出が進んできて感染症の診断がおおきく変化向上してきた。我々は Horisaka[2] らの報告した LAMP 法による検査に着目して、川崎病急性期の患者便検体からのを用いて *YP* の検出を試みた。川崎病急性期には抗菌薬投与が既になされており、細菌検出には適した検体ではなかったが、LAMP 法では 30％程度で *YP* が陽性となった。また、少数ではあるが健常乳幼児での *YP* の検出についても検討した。そして、症例の一部では *YP* 血清抗体価の変化との関係についても検討したのであわせて報告する。

1. 武田修明.　小児感染免疫 29: 67-72, 2017
2. Horisaka et.al.　J Clin Microbiol. 42: 5349-5352, 2004

学歴及び職歴

昭和 62 年 4 月	佐賀医科大学医学部医学科 卒業
昭和 62 年 6 月 -63 年 5 月	佐賀医科大学附属病院小児科研修医
昭和 63 年 6 月 - 平成元年 3 月	鹿児島市立病院小児科研修医
平成元年 4 月－ 5 年 3 月	佐賀医科大学医学部医学専攻科大学院 (病理学)
平成 5 年 6 月 -6 年 5 月	国立小倉病院小児科医師
平成 6 年 6 月 -8 年 5 月	町立太良病院小児科医師
平成 8 年 6 月 -9 年 5 月	佐賀医科大学附属病院小児科医員
平成 9 年 6 月 -13 年 12 月	佐賀医科大学小児科学助手 (平成 12 年 1 月から 13 年 12 月は留学のため休職)
平成 12 年 1 月 -14 年 5 月	University of Kentucky, Postdoctoral research fellow
（平成 12 年 1 月 - 平成 13 年 4 月	College of Pharmacy, University of Kentucky,
平成 13 年 5 月 - 平成 14 年 5 月	Cardiovascular medicine, University of Kentucky）
平成 14 年 6 月 -14 年 8 月	佐賀医科大学小児科学助手
平成 14 年 9 月 -16 年 8 月	西有田共立病院小児科
平成 16 年 9 月 -21 年 5 月	佐賀大学医学部小児科学助教
平成 21 年 6 月 -25 年 3 月	佐賀大学医学部小児科学講師
平成 25 年 4 月 -30 年 3 月	佐賀大学部附属病院臨床准教授
平成 30 年 4 月 - 令和 4 年 3 月	唐津赤十字病院小児科部長
令和元年 5 月 -	佐賀大学医学部診療教授
令和 4 年 4 月 -	唐津赤十字病院副院長（小児科部長兼任）

資格

医師免許（医籍 304922 号）	昭和 62 年 5 月
病理解剖資格	平成 5 年 8 月
小児科学会専門医・指導医	平成 6 年 4 月
医学博士 (乙種)	平成 7 年 10 月
日本循環器学会循環器専門医	平成 18 年 10 月
日本小児循環器学会専門医	平成 23 年 1 月
Infection Control Doctor（ICD）	平成 21 年 12 月
小児感染症認定医	令和 2 年

ランチョンセミナー　　共催：ミヤリサン製薬株式会社

座長：清水 俊明（順天堂大学大学院医学研究科小児思春期発達・病態学 教授）

腸内細菌叢の不思議

○大毛 宏喜
広島大学病院感染症科 教授

腸内細菌の解明が近いと言われて久しい．様々な解析方法が登場して，情報が飛躍的に増えた一方で，疾病との関係やヒト免疫への影響の解明は断片的である．経口的に摂取した食物繊維やプロバイオティクスは，腸内細菌と出会って有機酸を産生する．中でも短鎖脂肪酸はムチンの層を強固にし，腸管粘膜の細胞間隙を強化することによって，bacterial translocation をはじめとする有害な現象から生体を守っている．経口摂取する食物や化学物質が腸内細菌に与える影響や，その後の生体への影響について，現在明らかになっていることを概説する．

1991 年　広島大学卒業　同第一外科入局
2002 年　ミネソタ大学大腸外科留学
2004 年　広島大学病院　消化器外科　助教
2010 年　広島大学病院　感染症科　教授

特別シンポジウム－1【基調講演】

共催：株式会社ミズホメディー

司会：加藤 元嗣（公益財団法人北海道対がん協会 会長）
奥田 真珠美（兵庫医科大学小児科 教授）

中学生に対するピロリ菌検査と除菌治療：実施状況と方法に関する全国自治体調査

○奥田 真珠美
兵庫医科大学小児科 教授

胃がんの主な原因はピロリ菌感染であり、胃がんの一次予防として中学生でピロリ菌検査と除菌治療を実施する自治体が多くなっている。しかし、検査方法や実施時期、検査陽性者への対応などは様々である。我々は 2023 年 11 月から全国の自治体に中学生に対するピロリ菌検査と除菌治療の実施状況と方法に関する調査を開始した。対象は全国の自治体 1,741 である。調査の目的を記載した依頼文書とアンケート用紙、Google フォームアドレスを郵送し、郵便または Google フォームで回答を収集した。調査項目は中学生ピロリ菌検査実施の有無、検査の対象（学年）、（一次、二次）検査方法、除菌治療実施の有無、検査や治療の費用などについてである。

2015 年に同調査を実施し、1,912 自治体に郵送し 1,170（61%）から回答を得た。『実施している』17 件、『実施予定』12 件であった。この調査において最多の回答は、対象は中学 2 年生、一次検査は尿中ピロリ菌抗体、二次検診を行い、最終的にピロリ菌感染ありと診断された場合には希望者に対して除菌治療を行なう、検診・治療ともに費用助成を行なうであった。

今回の調査は現在回答を収集中であり、調査結果を集計して本研究会で報告する。

1987 年　和歌山県立医科大学 医学部 卒業
1989 年　社会保険紀南総合病院小児科
1990 年　済生会有田病院小児科
1992 年　社会保険紀南総合病院小児科
1995 年　労働福祉事業団和歌山労災病院小児科
2010 年　兵庫医科大学地域総合医療学講座准教授
2015 年　兵庫医科大学地域総合医療学講座教授
2017 年　愛知医科大学小児科特任教授
2019 年　兵庫医科大学小児科教授　現在に至る

特別シンポジウム－２

共催：株式会社ミズホメディー

司会：加藤 元嗣（公益財団法人北海道対がん協会 会長）
奥田 真珠美（兵庫医科大学小児科 教授）

H.pylori 除菌後に進行癌として発見された若年発症胃癌の一例

○行元 崇浩[1)]、島村 拓弥[1)]、佐野 晴彦[2)]、勝屋 弘雄[2)]、江﨑 幹宏[1)]
1）佐賀大学医学部内科学講座消化器内科
2）佐賀大学医学部内科学講座血液腫瘍内科

【症例】17 歳男児。15 歳時に *H.pylori* 除菌歴あり。X-1 年 9 月に便秘と軽度腹痛が出現したため近医を受診。過敏性腸症候群と診断され投薬により症状は軽快した。X 年 9 月頃から再度便秘と腹痛が出現し前医受診。10 月に施行された大腸内視鏡検査で炎症性腸疾患を疑われ当院紹介となった。当院で再度大腸内視鏡検査を行ったところ、横行結腸に発赤・浮腫・狭窄を認め、スコープの通過は可能であったが硬さを伴っていた。上皮性変化に乏しく壁外からの炎症波及あるいは腫瘍浸潤を疑う所見であった。上部消化管内視鏡検査では胃体部の皺襞腫大、発赤ならびに多発するびらん性病変を認めた。生検では胃および大腸のいずれの検体からも signet ring cell carcinoma が検出された。転移検索で行った胸腹部造影 CT 検査では多発リンパ節転移ならびに腹膜播種を認めた。以上より cT4bN2M1 cStage Ⅳ B の進行胃癌と診断した。診断後まもなく播種に伴う蠕動不全でイレウスとなり入院管理を必要とした。化学療法を導入し一時的に経口摂取可能となったが、病勢進行が早くイレウスによる入退院を繰り返した。診断 7 ヶ月後に原疾患の増悪により他界された。なお、遺伝子検査の結果、*CDH1* 生殖細胞系列病的バリアントが検出された。
【考察】近年、胃癌予防を目的とした若年者における *H.pylori* 除菌の取り組みが複数の自治体で行われており、将来的な成果が期待されるところである。一方、非常に稀ではあるが若年発症胃癌も存在し、その中には本例のような遺伝性胃癌も含まれる。*H.pylori* 感染率の低下、陽性者に対する若年期からの除菌対策により *H. pylori* 関連胃癌の割合が低下していくことは明らかであるが、本例のように遺伝的背景をベースに発癌する症例も存在することから、疾患啓発も重要と考えられた。

学歴
H23 年佐賀大学医学部医学科卒業
H30 年佐賀大学大学院医学系研究科卒業

職歴
H23 年 4 月～ 佐賀大学医学部附属病院 初期臨床研修
H25 年 4 月～ 国立病院機構 嬉野医療センター 消化器内科医員
H27 年 4 月～ 祐愛会 織田病院 消化器内科医師
H28 年 4 月～ 佐賀県医療センター好生館 消化器内科医員
H29 年 4 月～ 佐賀大学医学部内科学講座 消化器内科医員
H29 年 10 月～ 佐賀県医療センター好生館 消化器内科医師
H30 年 4 月～ 国立病院機構 佐賀病院 内科医師
R３ 年 4 月～ 佐賀大学医学部内科学講座 消化器内科助教

所属学会・資格
日本内科学会 認定内科医・総合内科専門医・指導医
日本消化器病学会 専門医・指導医・九州支部評議員
日本消化器内視鏡学会 専門医・九州支部評議員
日本消化管学会 胃腸科専門医・胃腸科指導医

原著
Yukimoto T, Morisaki T, Komukai S, Yoshida H, Yamaguchi D, Tsuruoka N, Miyahara K, Sakata Y, Eguchi Y, Shibasaki S, Tsunada S, Noda T, Yunotani S, Fujimoto K : Palliative effect of endoscopic uncovered self-expandable metallic stent placement versus gastrojejunostomy on malignant gastric outlet obstruction: a pilot study with retrospective chart review in Saga, Japan. Internal Medicine. 57(11): 1517-1521, 2018.

特別シンポジウム－ 3

共催：株式会社ミズホメディー

司会：加藤 元嗣（公益財団法人北海道対がん協会 会長）
奥田 真珠美（兵庫医科大学小児科 教授）

ピロリ菌感染を考慮した胃がん対策の費用対効果

○川合 紗世
愛知医科大学医学部公衆衛生学講座 講師

ヘリコバクター・ピロリ（ピロリ菌）感染は胃がんの強いリスク因子であり、わが国では高齢者から若い世代になるほど感染率は減少傾向にあることが確かめられている。ピロリ菌感染率の低下は今後の胃がん罹患率および罹患者数に直接的に影響することが予想され、がん検診のあり方を含め、ピロリ菌感染の有無による胃がん発症リスクの違いを考慮した胃がん対策が求められている。

一方、ピロリ菌感染に起因する胃がん発症予防のため、中高生を対象に感染検査と除菌を公費で実施する自治体が増えてきた。この取り組みは除菌者本人の胃がんリスクを低下させるだけでなく、わが国からピロリ菌を排除して次世代の感染者を著しく低下させることにつながり、公衆衛生学的な意味合いが大きい。

今回は胃がん予防を目的とした若年者のピロリ菌感染対策に関わる費用対効果について考察する。

学歴・研究歴：
2004 年　名古屋大学農学部 応用生物科学科 卒業
2006 年　名古屋大学大学院医学系研究科 修士課程（医科学専攻）修了
2009 年　名古屋大学大学院医学系研究科 医学博士課程 修了
2009 年～　名古屋大学大学院医学系研究科 予防医学講座 研究員
2018 年～　愛知医科大学 医学部 公衆衛生学講座 助教
2019 年～　愛知医科大学 医学部 公衆衛生学講座 講師
現在に至る

学位・資格等：
博士（医学）（2009 年 名古屋大学）
日本疫学会 上級疫学専門家

所属学会における主な役職：
2017 年～現在　日本疫学会　代議員
2014 年～ 2022 年　疫学の未来を語る若手の会　世話人
（2018 年～ 2020 年　代表幹事）

特別シンポジウム－４

共催：株式会社ミズホメディー

司会：加藤 元嗣（公益財団法人北海道対がん協会 会長）
奥田 真珠美（兵庫医科大学小児科 教授）

横須賀市で新たに開始されたピロリ菌検診

○水野 靖大
マールクリニック横須賀 院長

【目的】横須賀市では 40 歳以上に行われている胃がんリスク層別化検診に加えて、令和元年度から中学 2 年生のピロリ菌事業を開始した。より若い時期にピロリ菌の除菌を行うことで胃がん発生のリスクを減少させることを主たる目的として、現在順調に継続している。一方、令和元年度の中学 2 年生より若い世代は中学 2 年生になればこの事業を受けることができるが、令和元年度に中学 3 年生であった生徒は公的補助を受けてピロリ菌のチェックを受けるためには 40 歳になるまで、約 25 年間待つ必要があるという問題がある。このことは公的検診としては不平等である。また、この世代の胃がんリスクの把握と、必要に応じたピロリ菌除菌が進まないことが予想される。そこで、40 歳より若い時期にピロリ菌チェックが公費で行える仕組みを検討した。
【方法】横須賀市内在住の中学 2 年生と 40 歳以上の間の市民に対するピロリ菌検診の検査方法、検診対象者、費用などに関して中学 2 年生のピロリ菌対策事業のワーキンググループの中で検討した。
【結果】令和 5 年度に 20 歳及び 30 歳になる横須賀市民に対して、血中ピロリ抗体検査及びペプシノーゲン検査（胃がんリスク層別化検査）を行い、B, C, D 群に対しては保険診療に移行して上部消化管内視鏡検査を行ったのちに除菌を行う方針とした。検診の費用は無料である。ただし、検診の存在を啓蒙する目的で、対象者全員に市から郵送されるクーポン券の持参を条件とした。
【結語】令和 5 年度から横須賀市では 20・30 歳の胃がんリスク検診を開始した。この検診は、本人の胃がん発生リスクの低下のみならず、次世代への感染の伝播防止にも寄与すると考えられた。また理論上は 10 年後には 14 歳以上の横須賀市民全員の胃がんリスクが層別化できる予定である。中学 2 年生のピロリ菌対策事業における受検率向上の取り組みについても合わせて報告する。

昭和 46 年 11 月 9 日生まれ
マールクリニック横須賀院長
横須賀市医師会理事　がん検診統括長

学歴・職歴

平成 9 年 3 月	国立京都大学医学部卒業
	京都大学医学部付属病院外科
	田附興風会北野病院外科
	日赤和歌山医療センター第 1 外科　で勤務
平成 18 年 4 月	京都大学医学部大学院消化管外科入学
平成 22 年 3 月	同卒業
	東京大学医科学研究所附属病院外科　で勤務
平成 24 年 10 月	マールクリニック横須賀開業
	以降、行政・議会と共に医師会として胃がん撲滅を目指す

特別シンポジウム－５【基調講演】

共催：株式会社ミズホメディー

司会：加藤 元嗣（公益財団法人北海道対がん協会 会長）
奥田 真珠美（兵庫医科大学小児科 教授）

若年者への *H. pylori* 除菌による胃がん予防

○加藤 元嗣
公益財団法人北海道対がん協会 会長

学歴
1976 年 4 月　北海道大学医学進学課程 入学
1982 年 3 月　北海道大学医学部卒業
職歴
1982 年 6 月　北海道大学医学部附属病院第 3 内科 研修医
　同　年 11 月　市立稚内病院内科
1987 年 10 月　国立療養所西札幌病院内科
1989 年 6 月　北 海道大学医学部附属病院第 3 内科 医員
1994 年 10 月　札幌拘置所医務課長
1995 年 1 月　北海道大学医学部附属病院第 3 内科 助手
1998 年 9 月　アメリカ合衆国ベイラー医科大学に Po stdoctoral Fellow として留学
1999 年 7 月　北海道大学病院光学医療診療部 助教授
2007 年 4 月　同 准教授
　同光学医療診療部部長
2010 年 8 月　同 診療教授
2016 年 4 月　独立 行政 法人 国立病院機構函館病院 院長
2016 年 4 月　北海道大学 病院 客員 臨床 教授 、非常勤講師
2016 年 10 月　北海道医療大学客員教授
2017 年 7 月　北海道大学医学部臨床指導教授
2022 年 4 月　公益 財団 法人 北海道 対 がん 協会 会長

抄　録

〈一般演題〉

一般演題1　小児外科

演題番号 01

短腸症候群の女児に発症した D- 乳酸アシドーシスを疑う意識障害

〇杉野 嘉彦[1)]、佐々木 涼介[1)]、髙木 祐吾[1)]、平井 克樹[1)]、吉元 和彦[2)]
1）熊本赤十字病院こども医療センター小児科
2）熊本赤十字病院こども医療センター小児外科

【緒言】

D- 乳酸アシドーシスは anion gap 開大性の代謝性アシドーシスの鑑別疾患として挙げられるが、国内から症例の報告は少ない。今回、D- 乳酸アシドーシスとして矛盾しないエピソードを繰り返す短腸症候群の女児例を経験したため報告する。

【症例】

6 歳女児。3 歳時に先天性胆道拡張症・膵胆管合流異常症の術後に絞扼性イレウスを生じ、広範な小腸切除を施行し短腸症候群となった。在宅で長期留置カテーテルからの中心静脈栄養を行っていたが、カテーテル由来血流感染を機に長期留置カテーテルを抜去し、経口摂取のみで管理していた。中心静脈栄養中止の 1 か月後に救急外来を受診。意識レベル低下あり（GCS E3V5M6）、血液検査で anion gap 開大性の代謝性アシドーシスを認めるものの血清総ケトン体や L- 乳酸値の上昇は認めなかった。短腸症候群の児であり D- 乳酸アシドーシスを疑った。絶食と補液での電解質補正を行い、カナマイシンの投与を行った。入院翌日には代謝性アシドーシスは改善しており、意識障害も改善した。糖質制限食を再開し、症状再燃のないことを確認し退院とした。

初回のエピソードから 8 か月後に浮遊感を主訴に救急外来を受診。血清総ケトン体や L- 乳酸値上昇を伴わない代謝性アシドーシスを認めた。前日夜に炭水化物の多量の摂取をしていた。翌日受診時には代謝性アシドーシスは改善を認めた。

いずれの発症時も便培養より *Lactobacillus* 属を認めた。

【結語】

D- 乳酸は国内での商業ベースでの測定は行われておらず、本症例は D- 乳酸アシドーシスの確定診断には至っていない。よって短腸症候群の児において活気不良や意識障害を認め、L- 乳酸の上昇を伴わない anion gap 開大の代謝性アシドーシスを認めた際には D- 乳酸アシドーシスを積極的に疑い、絶食・補液を含めた治療を行うことが求められる。

一般演題1　小児外科

演題番号 02

サルモネラ腸炎後に結腸間膜膿瘍を呈した 1 例

○林田 真、植田 倫子、中村 睦、中林 和庸
福岡市立こども病院小児外科

【はじめに】

腸間膜嚢腫は臨床症状や理学所見に乏しく、腸閉塞症状や腹膜炎などを発症した際に偶発的に発見されることが多い。今回、サルモネラ腸炎後に急性虫垂炎疑いとして当院紹介となった腸間膜嚢腫内感染の 1 例を経験したので報告する。

【症例】

7 歳男児。当院受診約 2 週間前にサルモネラ腸炎に罹患していた。腹痛、39℃台の発熱を主訴に前医受診した。右下腹部に圧痛を伴った弾性硬の腫瘤を触知され、急性虫垂炎疑いで当院紹介となった。造影 CT では上行結腸背側に最大径 9cm の不整な壁肥厚を伴う多房性嚢胞性腫瘤を認めた。腹腔内膿瘍として抗生剤投与を行なったが、発熱及び炎症所見が改善しなかったため当院受診から 3 日後に腹腔鏡下膿瘍ドレナージ術を行った。被膜を穿破すると血性膿性の排液があり、内腔には膿苔の付着を認めた。排液の培養からは *Salmonella* Schwarzengrund（O4:d:1,7）が検出された。術中所見と合わせ腸間膜嚢腫にサルモネラ菌感染が合併したものと考えられた。術直後より解熱し、術後経過は良好であり術後 11 日目に退院となった。退院後は症状の再燃なく、画像検査上も嚢腫の再発もなく経過している。

【考察】

腸間膜嚢腫は比較的稀な疾患であり、無症状のものもあるが嚢腫内感染を呈するものも存在し、血行性やリンパ行性に感染するものと考えられる。サルモネラ菌の細胞内寄生し、マクロファージを介して腸間膜リンパ節内に到達し得る性質が今回のような重篤な腹腔内膿瘍を来したものと考えられる。

一般演題 2　臨床研究

演題番号 03

カンピロバクター腸炎に対する抗菌薬使用の有用性

〇高野 智子
たかのこどもクリニック

【はじめに】日本小児感染症学会の感染症マニュアルにおいてカンピロバクター腸炎への抗菌薬使用は抗菌薬適正使用の観点から推奨されていない．それは経過を 1.3 日短縮するに過ぎず，早期に使用しないと有効性が低く，抗菌薬の投与は重症例に限るべきとなっている．外来診療においてこのマニュアルに沿って整腸剤投与から開始するが，経過が思わしくなく抗菌薬使用になっている例を経験し，抗菌薬使用と臨床経過について検討した．
【方法】2020 年 8 月から 2023 年 12 月に当院を受診し，便検査においてカンピロバクター腸炎と診断された 48 例を対象とし，整腸剤で治療を開始した 22 例（整腸剤群）と始めから抗菌薬と整腸剤を使用した 26 例（抗菌薬群）について，電子カルテより後方視的に，年齢，性別，症状，腹部エコー所見，治療，経過について検討した．
【結果】両群で症例の年齢，性別，初回受診病日，症状，腹部エコー所見に違いはなかった．整腸剤群において，整腸剤治療開始日は平均 2.8 病日であったが，そのうち 18 例が再診（うち 2 例が入院）し，症状の増悪があり，18 例が平均 4.6 病日に抗菌薬投与となっていた．抗菌薬開始後の受診も 2 例あった．整腸剤投与のみで回復した例は 4 例のみであった．一方，抗菌薬群では，平均 3.1 病日に抗菌薬投与を開始し，再診例や入院例はなく，抗菌薬投与から 1-2 日で解熱し，下痢回数は減少していた．電話による聞き取りでの回復病日は整腸剤群 7.9 病日、抗菌薬群 6.1 病日であった。抗菌薬投与例の短期的な副反応は認めなかった．
【考察】カンピロバクター腸炎の外来診療において抗菌薬投与例の方が再診例が少なく，回復が早いという結果であった．これは外来診療での印象と一致した．整腸剤使用のみで回復している例が少なく，抗菌薬必要例の検討はできなかった．抗菌薬投与の長期的な副反応，腸内細菌への影響については全く検討できていない．

一般演題 2　臨床研究

演題番号 04

小児炎症性腸疾患におけるサイトメガロウイルス抗体保有率：単施設研究

○永田 万純[1)]、Tetiana Harashchenko[1,2)]、工藤 孝広[1)]、徳島 香央里[1)]、伊藤 夏希[1)]、新井 喜康[1)]、宮田 恵理[1)]、幾瀬 圭[1)]、神保 圭佑[1)]、大塚 宜一[1)]、清水 俊明[1)]

1）順天堂大学小児科

2）Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology named after acad. O.M. Lukyanova of the NAMS of Ukraine, SI

【背景】サイトメガロウイルス（CMV）は成人までに自然感染し、抗体保有率は 90% を超えるといわれている。近年、抗体保有率が低下傾向であると報告されており、実態の把握が必要である。今回、当科における小児炎症性腸疾患患者の CMV 抗体保有率について後方視的に検討した。

【方法】2010 年～ 2020 年に当科へ通院している小児 IBD 患者 137 例（発症年齢：2 ～ 22 歳）のうち、CMV-IgG は 87 例、CMV-IgM は 18 例で測定されていた。CMV-IgG、CMV-IgM は化学発光免疫測定法（CLIA 法、SRL）にて測定していた。

【結果】CMV-IgG 測定患者 87 例の検査時平均年齢は 14 歳 4 か月± 3 歳 11 か月、男女比は 52：35 であった。炎症性腸疾患の疾患別では、潰瘍性大腸炎：60 例（69.0%）、クローン病：19 例（21.8%）、分類不能型炎症性腸疾患：8 例（9.2%）であった。全体の CMV-IgG の陽性率は 34.5%（30/87）であった。診断時年齢別の陽性率では 0 ～ 5 歳：30.0%、6 ～ 10 歳：42.9%、11 ～ 15 歳：33.3% であった。診断から検査までの期間は平均 2 年 11 か月で、診断時～ 13 年 3 か月であった。検査時の年齢別の陽性率では 0 ～ 5 歳：20.0%（1/5）、6 ～ 10 歳：42.9%（3/7）、11 ～ 15 歳：42.2%（19/45）、16 ～ 20 歳：24.1%（7/29）、21 ～ 22 歳：0%（0/1）であった。IBD の疾患別、病変部位別、治療別で CMV-IgG 陽性率に有意差は認めなかった。CMV-IgM を測定していた 18 例のうち、陽性：1 例、弱陽性：2 例、陰性：15 例であった。観察期間中に症候性 CMV 感染症はみられなかった。

【考察】CMV 抗体保有率は成人までに 90% 以上であることが知られている。直近 30 年の報告では、小児における抗体保有率は 20 ～ 70% であったが、小児炎症性腸疾患患者では 14 ～ 28% と低い傾向であった。本研究では、全体で 34.5% であり抗体保有率は高い傾向であったが、年齢とともに上昇していることはなかった。炎症性腸疾患の治療は免疫抑制療法が主体となるため、EBV のみでなく CMV 感染症でも重症化する可能性があるため既／未感染を把握しておく必要であると考えられた。

一般演題 2　臨床研究

演題番号 05

腹部超音波は細菌性腸炎の起炎菌を見抜けるか？ - 単施設研究 -

〇髙木 祐吾 [1)]、野上 正雄 [2)]、日髙 敏哉 [3)]、吉元 和彦 [4)]
1）熊本赤十字病院こども医療センター小児消化器・肝臓科
2）熊本赤十字病院こども医療センター小児科
3）熊本赤十字病院こども医療センター検査部
4）熊本赤十字病院こども医療センター小児外科

【背景】腹部超音波検査（AUS）の腸管壁肥厚範囲は起炎菌毎に特徴があるとされるが，実際に小児で起炎菌毎の所見を検討した研究はほとんどない.
【目的】細菌性腸炎起炎菌ごとの AUS 所見の特徴について当院の知見を探求する.
【方法】2020 年 4 月 1 日～ 2023 年 3 月 31 日に当院小児科の便培養検査から , *Campylobacter* 属（C 属), *Salmonella* 属（S 属), *Yersinia* 属（Y 属), *E.coli* O157 が同定された患者の AUS 所見を検討した．AUS はほぼ全例放射線技師が行った．画像解析は医師2名（うち1名は超音波専門医）で行い，起炎菌毎に回盲部リンパ節腫脹（L), 回腸末端（TI), 上行結腸（AC), 横行結腸（TC), 下行結腸（DC）の領域別に壁肥厚の有無を集計した．判定はリンパ節の最大径 10mm 以上，腸管壁 3mm 以上を一応の目安とした . 解析医の判定と AUS レポート結果が一致した所見を陽性所見とした.
【結果】AUS を施行した C 属 25 例 , S 属 14 例 , Y 属 7 例 , O157 の 3 例を対象とした．陽性所見数は , C 属 : L 9（36％), TI 8（32%), AC 15（60%), TC 10（40%), DC 8（32%), S 属 : L 5（36％), TI 6（43％), AC 7（50%), TC 6（43%), DC 3（21%), Y 属 : L 5（71%), TI 4（57%), AC 5（71%), TC 1（14%), DC 0, O157: L 1（33%), TI 3（100%), AC 2（67%), TC 2（67%), DC 2（67%）であった.
【考察】Y 属の AUS 所見は TI・AC 壁肥厚の傾向が強く，O157 では DC 壁肥厚が多く既報通りであったが , S 属と C 属では陽性所見は一定ではなかった．AUS のみでの起炎菌推定は困難と考えられる.

一般演題 3　新規診断法・研究

演題番号 06

感染性胃腸炎疑い例への FilmArray 消化管パネルの使用経験

〇笠井 正志
兵庫県立こども病院感染症内科

＜背景＞ FilmArray 消化管パネルは核酸検出による定性的なマルチプレックス PCR 体外診断用医薬品で、消化管感染症患者の糞便検体で一度に複数の細菌やウイルス、寄生虫（原虫）から核酸を検出・同定できる。特徴として、STEC 内の E. coli O157 血清群の特異的同定が可能となり、迅速な診断が必要とされる STEC による溶血性尿毒症症候群を早期に診断できる可能性がある。

解釈の課題として、細菌では薬剤感受性結果が不明であること、結果が陽性であっても、それが病因ではなく、病原菌ではなく保菌であることや、パネルに含まれない微生物による可能性は否定できないことである。特に小児においては C. difficile 陽性時の評価が難しくなる。また保険収載されていないため、本邦でのエビデンスが少ない。2022 年 7 月から 2023 年 9 月までに当院で FilmArray 消化管パネルを実施した 36 例について検討した。

＜結果＞月別検査提出数に大きな違いはなかった。陽性例は 13 件、36.1%であった。検出された微生物はキャンピロバクター属菌 1 件（培養で C. jejuni 陽性、消化管に基礎疾患あり抗菌薬治療した）、クロストリジウム ディフィシル 5 件（4 例は治療せず）、サルモネラ属菌 2 件（1 例抗菌薬治療）であった。ウイルスではアストロウイルス 2 件、ノロウイルス 5 件、ロタウイルス 1 件、サポウイルス 1 件であり、ノロウイルスは 2022 年 3 月～ 4 月に集中し、兵庫県内の流行状況とほぼ一致していた。

＜考察＞解釈には一定習熟を要する可能性があるが、微生物同定が困難である消化管感染症の診断には有効なツールである。

一般演題 3　新規診断法・研究

演題番号 07

小児下痢症患者から分離した *Providencia* 属菌の新規病原因子

○山﨑 伸二 [1)]、Jayedul Hassan[1)]、日根野谷 淳 [1)]、畑中 律敏 [1)]、
Awasthi Sharda Prasad[1)]、山手 丈至 [1)]、中村 昇太 [2)]、元岡 大祐 [2)]、名木田 章 [3)]
1）大阪公立大学大学院獣医学研究科
2）大阪大学微生物病研究所
3）水島中央病院小児科

【背景】*Providencia* 属菌は腸内細菌目モルガネラ科に属する細菌で、現在少なくとも 10 菌種存在するが *P. alcalifaciens*（*Pa*）, *P. rettgeri* と *P. stuartii* の 3 菌種がヒトへ病原性を有することが知られている。我々は小児下痢症患者便から細胞膨化致死毒素（*cdt*）遺伝子陽性の *P. rustigianii*（*Pr*）を分離し、動物実験で cdt 遺伝子の部分欠損変異株が下痢活性をしたことから CDT 以外にも病原因子を保持している可能性を考えた。そこで、本研究では Pr の全ゲノムを解析し、CDT 以外の病原因子を明らかにすることを目的とした。
【方法】1 歳3ヶ月の下痢症を呈した男児から分離した *Pr* のゲノム DNA を精製し、全ゲノム解析を行った。同定された3型分泌装置（T3SS）の変異株と相補株を作製し細胞侵入性、ウサギ腸管ループ試験、組織病理学的検査、接合伝達試験を行った。
【結果】*Pr* は、3,992,833 bp の染色体と 168,819 bp のプラスミドを有することが明らかとなった。T3SS をコードする遺伝子が染色体（cT3SS）のみならずプラスミド（pT3SS）にも見つかった。cT3SS は他の *Providencia* 属菌の cT3SS と相同性を有した一方、pT3SS はサルモネラで見つかっている T3SS と相同性があり、*Providencia* 属菌で初めて検出された。また、*cdt* 遺伝子も本プラスミド上に存在し、患者由来の *Pa* からも両病原遺伝子を保有する類似のプラスミドが検出された。pT3SS の変異株は細胞侵入性や下痢活性を示さなかったが、pT3SS 変異相補株や cT3SS の変異株は細胞侵入性、下痢活性、組織傷害性が確認された。以上より、pT3SS が Pr の新規病原因子であることが明らかとなった。また、pT3SS をコードしたプラスミドは大腸菌や他の *Providencia* 属菌にも接合伝達し、病原性を発揮した。
【考察】*Providencia* 属菌は環境中や野生動物、食肉から高頻度に検出される人獣共通感染症菌である。病原因子を保持している株はほとんど見つからないが、まれに下痢症患者便から Pa や Pr が分離されることもある。一方、*Providencia* 属菌は MacConkey 寒天培地では乳糖を分解せず無色コロニーを形成し、特徴的な遺伝子が存在しないため下痢症起因菌として見逃されている可能性がある。今後、*Providencia* 属菌の cdt 遺伝子や pT3SS 遺伝子を検出することで病原性のある *Providencia* 属菌の検出に役立つと考えられる。

一般演題 3　新規診断法・研究

演題番号 08

腸管凝集性大腸菌（EAEC）の分子疫学解析－ atypical EAEC を含めて－

○藺牟田 直子、西 順一郎
鹿児島大学大学院医歯学総合研究科微生物学分野

【背景】腸管凝集性大腸菌（EAEC）は、転写遺伝子 *aggR* がマーカーとして用いられているが、本来は HEp-2 細胞付着試験で凝集付着を示す大腸菌と定義され、AggR regulon を保有する typical EAEC（tEAEC）と保有しない atypical EAEC（aEAEC）に分けられる。aEAEC は集団食中毒の原因になるがその臨床的意義は明らかではない。本研究では、aEAEC を含めた EAEC の分子疫学を明らかにすることを目的とした。

【方法】対象は、2011 ～ 19 年の下痢症患児由来大腸菌 3,182 株。PCR で *aggR* 保有株（tEAEC）を検出、陰性株は biofilm assay でスクリーニング後、細胞付着試験で aEAEC を同定した。また EAEC の病原遺伝子と髄膜炎に関連する K1 莢膜遺伝子 *neuC*、薬剤耐性遺伝子 ESBL CTX-M 遺伝子を PCR で検討した。

【結果】tEAEC は 83 株（2.7%）、O 血清群は O111（17 株 , 21%）と O126（12 株 , 15%）が多く、EAEC 特有の線毛 AAF 遺伝子保有株は 78 株（73.9%）であった。aEAEC は 143 株（4.6%）、O1（24 株 , 17%）と O25（13 株 , 9.1%）が多く、AAF 遺伝子が 23 株（16%）にみられ、tEAEC に特有な病原遺伝子も保有していた。*neuC* 保有株は tEAEC で 5 株（6.0%）、aEAEC で 33 株（23.1%）と aEAEC に多く、O1 が 17 株（51.5%）を占めた。また CTX-M 遺伝子保有株は tEAEC で 10 株（12%）、aEAEC で 9 株（6.3%）みられた。

【結論】aEAEC の一部には tEAEC と遺伝的背景が同等の株がみられ、EAEC の同定は *aggR* だけのスクリーニングでは不十分である。また aEAEC には K1 莢膜遺伝子保有株が多く、CTX-M 遺伝子保有株もみられたことから今後新生児髄膜炎との関連について検討が必要である。

一般演題 4　ヘリコバクター・ピロリ

演題番号 09

学童期に急性胃粘膜病変で発症し、鳥肌胃炎に至った *Helicobacter pylori* 感染症の一例

○佐藤 友紀、佐久間 彩子、岡野 里香
広島市立舟入市民病院小児科

【背景】*Helicobacter pylori*（*H.pylori*）の持続感染は乳幼児期までの感染成立によって生じることが多く、学童期以降の *H.pylori* 感染で持続感染となることは少ない。一方で急性胃粘膜病変（AGML）は、成人期など一過性感染となる時期に *H.pylori* 感染の初感染となった時に多いとされる。今回、急性胃粘膜病変で発症し、その後小児の *H.pylori* の持続感染の特徴である鳥肌胃炎に至った *H.pylori* 感染症の一例を経験した。
【症例】9 歳女児。主訴：腹痛、下痢。現病歴：学校で嘔吐と下痢があり外来受診。急性胃腸炎と診断し経過観察した。その後、下痢は消失したが嘔吐が続き腹痛を伴ったため再診。腹痛が強いため入院し、精査目的に腹部超音波を行ったところ胃前庭部優位に粘膜下層を中心とした全周性の肥厚を認めた。上部消化管内視鏡検査では胃前庭部に多発性の糜爛および浅い潰瘍を認めた。AGML と診断し、絶食と PPI で加療し症状は改善した。*H.pylori* に関しては、尿素呼気試験で入院時は陽性、発症 2 ヶ月後（PPI 中止から 14 日後）は陰性だったが、6 ヶ月後、9 ヶ月後は陽性だった。9 ヶ月後の上部消化管内視鏡検査で鳥肌胃炎を認め、この時採取した胃粘膜から *H.pylori* が培養された。*H.pylori* 持続感染と診断し、感受性を踏まえて除菌を行った。
【考察】本例は AGML 後に行った尿素呼気試験では一度陰性となったが、その後のフォローで再陽性になり *H.pylori* の持続感染の診断に至った。AGML は初感染で見られることが多く、さらに 5 歳以降の初感染は一過性感染である事が多いが、本例のような経過をたどる場合もある。このため *H.pylori* 陽性の AGML であっても長期間フォローし、持続感染であれば適切に除菌を行うことが重要である。一方で本例ではペア血清による抗体価など感染時期の特定に有用な所見がなく、無症候性の持続感染中に AGML を発症したのか、9 歳の初感染であったが持続感染に移行したのかは不明である。

一般演題 4　ヘリコバクター・ピロリ

演題番号 10

ヘリコバクターピロリ菌の家族内感染に対して除菌を行った慢性 ITP の一例

〇汐田 航平、堀田 貴大、奥野 英雄、天羽 清子
大阪市立総合医療センター小児救急・感染症内科

【緒言】

免疫性血小板減少症（ITP）は後天性の血小板減少症で、一部の症例において発症にヘリコバクターピロリ菌（HP 菌 ）が関連することが示唆されている。

現在の小児の主な HP 菌の感染経路としては家族内感染が指摘されており、疑った場合には家族内全員に検査を行うこともある。

【症例】

症例はベトナム国籍の 6 歳女児。3歳時に複数回の鼻出血と紫斑を契機に ITP と診断。

グロブリン治療後も血小板数低下が遷延することからプレドニゾロン、トロンボポエチン受容体作動薬、リツキシマブなどを追加したが半年以上の経過で血小板数低下が持続しており慢性 ITP と考えられた。

HP 菌の関与を疑い便中 HP 抗原検査を行ったところ陽性となったため除菌を開始。

治療に難渋し4次除菌まで行い除菌を確認。だが、その後再度抗原陽性となり、同胞も感冒を契機に出血症状と血小板数低下を認め ITP と診断されたため HP 菌の家族内感染を疑った。

HP 菌の検査として両親には内視鏡検査、同胞 2 人には便中抗原検査を行ったところ同胞 1 人を除く3人の陽性が確認されたため家族内除菌を開始した。

耐性菌を考慮して、5 次除菌は抗菌薬の増量やプロトンポンプ阻害薬の変更などを行ったところ除菌に成功した。

後に両親の内視鏡検査ではクラリスロマイシン耐性を持たない HP 菌が検出された事が判明している。

しかし、除菌後も血小板数への反映はなく ITP としての経過は改善がなく頻回に入院治療を要している。今回、慢性 ITP の経過中に HP 菌の家族内感染が判明し家族内除菌を行った一例を経験したため報告する。

一般演題 4　ヘリコバクター・ピロリ

演題番号 11

重篤な血小板減少を来したピロリ菌関連免疫性血小板減少症母体児の 1 例

○幾瀬 圭、池田 奈帆、大川 夏紀、東海林 宏道、工藤 孝広、清水 俊明
順天堂大学小児科

【背景】免疫性血小板減少症（ITP）合併母体から出生した新生児の約 10% が血小板数 5 万 / μ L 未満の重篤な血小板減少を発症することが知られている。ピロリ菌陽性 ITP 患者の約半数は除菌が成功すると早期に永続的な血小板増加反応を示すが、ピロリ菌陽性 ITP 母体に対して妊娠中に除菌療法を行うことは安全性と治療効果が確立されていないとの理由から推奨されていない。今回、除菌療法を受ける前のピロリ菌関連 ITP 母体から出生し、治療を要する重篤な血小板減少を来した新生児症例を経験したため報告する。

【症例】日齢 0 の男児。在胎 39 週に体重 2874g で出生した。母体に血小板減少を認めていたため出生後に血液検査を行い、続発性 ITP(血小板数 3.2 万 / μL) が判明した。血小板減少の増悪に対して日齢 11 に免疫グロブリン療法を施行し、その後児の ITP は軽快した。治療経過中、児に出血などの重篤な合併症は生じなかった。分娩後、母体に上部消化管内視鏡検査と尿素呼気試験を施行し、ピロリ菌感染症が確認されたため、母体に除菌療法を施行した。除菌療法の成功によって血小板減少が寛解したため、母体をピロリ菌関連 ITP と診断した。

【考察】母体のピロリ菌関連 ITP によって新生児に続発性 ITP が発症した報告は過去にない。しかし、本症例によって、ピロリ菌感染に伴って産生された血小板に対する抗体が母体から胎児へと経胎盤的に移行し、新生児の血小板を破壊して ITP を引き起こすことが示された。また、本症例はピロリ菌感染が小児においても ITP の原因となることを示唆している。

【結語】母体のピロリ菌関連 ITP は新生児に重篤な続発性 ITP を引き起こす可能性があるため、新生児の血小板減少を予防する手段として、ピロリ菌陽性 ITP 母体に対する除菌療法が検討されるべきと考える。今後は母体と胎児に対する除菌療法の安全性と、新生児の血小板減少を予防するうえで最適な除菌療法の施行時期を確立する必要がある。

一般演題 5　大腸菌・免疫

演題番号 12

出血性腸炎と虚血性腸炎が混在した腸管出血性大腸菌による溶血性尿毒症症候群の 1 例

○吉村 翔平、辻 恵未、服部 健吾、津川 二郎、西島 栄治
愛仁会高槻病院小児外科

【背景】
腸管出血性大腸菌（enterohemorrhagic *Escherichia coli*: EHEC）感染症の内視鏡所見として右側結腸主体の出血性腸炎と肛門側では炎症所見が軽度になる炎症勾配が知られるが，微小血栓などに起因した虚血性腸炎を合併する例も散見される．右側結腸に出血性腸炎，左側結腸に虚血性腸炎の内視鏡所見を観察しえた EHEC O157 による溶血性尿毒症症候群（hemolytic uremic syndrome: HUS）の 1 例を報告する．
【症例】
2 歳 2 ヶ月女児．生センマイ摂取 5 日後に発熱，下痢，血便が出現し EHEC O157 による HUS（便 VT1，VT2 陰性，血清抗 O157 LPS 抗体陽性）の診断で当院に転院搬送となった．HUS 脳症を合併しており，持続血液濾過透析と脳保護療法を含む集中治療管理が開始された．第 20 病日に大量輸血を要する血便が出現し，腸管壊死や虚血性腸炎の合併が疑われたため審査腹腔鏡，下部消化管内視鏡を実施した．審査腹腔鏡では腸管壊死所見を認めず，下部消化管内視鏡で S 状結腸に縦走傾向を有する全周性の潰瘍病変を認め虚血性腸炎と診断した．また，脾弯曲部では送気による管腔の進展不良があり虚血性腸炎に伴う狭窄が疑われた．さらに，上行結腸から盲腸にかけては粘膜の発赤，腫脹に加えてびらん，潰瘍が多発する出血性腸炎に類似する所見を認め，盲腸からの持続する湧出性出血に対して内視鏡的止血術を要した．術後に血便は消失し第 57 病日に退院した．
【考察】
脾弯曲部，S 状結腸の虚血性腸炎はいずれも腸間膜動脈の血行支配領域の境界にあたり HUS に伴う微小血栓による血流障害が原因と推測される．一方で，右側結腸の出血性腸炎は HUS の超急性期を過ぎてから得られた所見であり，EHEC 感染症の残存に加えて左側結腸の虚血性腸炎に伴う腸蠕動低下や狭窄に伴う腸液のうっ滞の関連が示唆される．

一般演題 5　大腸菌・免疫

演題番号 13

ベドリズマブ二次無効と鑑別を要した *Edwardsiella tarda* 腸炎合併の潰瘍性大腸炎の１例

〇堀 佳那江、堤 範音、村上 美佐子、鶴井 萌子、渡邉 駿、長谷川 里奈、山田 ひかり、西亦 繁雄、柏木 保代、山中 岳
東京医科大学小児科・思春期科

【緒言】*Edwardsiella tarda*（*E. tarda*）は腸内細菌科に属するグラム陰性桿菌で、魚介類に常在している細菌である。ヒトへは汚染された水や食品を介してまれに腸管感染症を起こすが、多くが無治療で軽快する。しかし、腹痛、下痢、下血など潰瘍性大腸炎（UC）と類似の症状を呈するため UC 患者においては再燃との鑑別が重要である。

【症例】14 歳女児。X-3 年 5 月に全大腸炎型 UC と診断し、メサラジン・ステロイド注腸・インフリキシマブ（IFX）で寛解導入を行った。X-2 年 1 月に *Campylobacter jejuni* 感染を契機に UC が増悪し入院した。経過から 5-ASA 不耐症の可能性もありメサラジンをサラゾスルファピリジン（SASP）へ変更したが改善なく、タクロリムス（Tac）で寛解導入を行い、ベドリズマブ（VDZ）にて寛解を維持していた。

X 年 9 月より腹痛症状と排便回数、血便の増加が認められ、Pediatric ulcerative colitis activity index（PUCAI）50 点と悪化を認め、便中カルプロテクチン 2,720mg/kg 以上であった。外来にて SASP を増量したが症状の著変なく、プレドニゾロン（PSL）1mg/kg/ 日の内服を開始した。便培養からは *E. tarda* が検出されたが、VDZ の二次無効との鑑別が困難であったため下部消化管内視鏡検査（CS）目的に X 年 11 月に入院した。CS では、S 状結腸から直腸にかけての炎症のみを認め、盲腸から下行結腸には内視鏡所見・病理学所見上、炎症はほとんど認めず、VDZ の二次無効というよりは *E. tarda* 腸炎に起因する症状と考えられた。メサラジン坐薬を追加し、PSL は漸減し、以降は PUCAI 5 点まで低下したため退院した。症状改善後も継続的に便培養から *E. tarda* が検出されていたため、再燃を予防するため、ホスホマイシン（FOM）の内服を開始し、その後は症状の再燃なく経過している。

【考察】炎症性腸疾患では、感染性腸炎を契機とした症状再燃は少なくない。しかし、一方で *E. tarda* 腸炎による症状も UC 様の症状を呈するため鑑別が重要となる。本症例では、UC に合併した *E. tarda* 腸炎であり、生物学的製剤の使用中に UC 再燃が疑われた場合は、*E. tarda* 腸炎の鑑別も必要と考える。

一般演題 5　大腸菌・免疫

演題番号 14

T 細胞活性型急性肝炎の免疫抑制療法後にサイトメガロウイルス腸炎を発症した一例

○青木 真史[1)]、梅津 守一郎[1)]、陶山 友徳[1)]、十河 剛[1)]、乾 あやの[1)]、大嶋 明[2)]川田 潤一[3)]、原田 憲一[4)]、森田 篤志[5)]、今川 和生[5)]、酒井 愛子[6)]

1）済生会横浜市東部病院小児肝臓消化器科
2）神奈川県立こども医療センター感染免疫科
3）名古屋大学大学院医学研究科小児科学
4）金沢大学医薬保健研究域医学系人体病理学
5）筑波大学附属病院小児科
6）国立国際医療研究センター感染病態研究部

【はじめに】サイトメガロウイルス (以下 CMV) は通常、幼小児期に不顕性感染を受け潜伏感染の状態になるが、細胞性免疫能が著しく抑制された場合にはウイルスが再活性化し、臓器障害をもたらす。
【症例】13 歳男児。主訴は発熱、四肢の紅斑、嘔気、下痢。既往はてんかん (レベチラセタムを内服)、自閉症スペクトラム症。近医受診し発熱 6 日目に血液検査で WBC14500/ μ L、CRP8.85mg/dL と上昇ありアジスロマイシン→アモキシシリン→レボフロキサシンで加療され 2 週間程度で解熱した。当初肝酵素の上昇は認めなかったが嘔気、下痢が出現し近医で肝酵素上昇を指摘され前医に紹介、検査所見から急性肝不全が疑われ当院に転院した。意識清明、AST 763 U/L、ALT 1115 U/L、T-Bil 14.3 mg/dL、D-Bil 10.7 mg/dL、LDH 506 U/L、CRP 0.64 mg/dL、PT　47.2 %、フェリチン 3120ng/mL、腹部超音波検査、および造影 CT で periportal collar sign 陽性であった。血漿交換、ステロイドパルス療法を 3 日間施行し検査所見は一時改善した。肝生検では CD8 陽性リンパ球増加が顕著であり、T 細胞活性化を背景とした急性肝炎像であった。

しかし経過中に発熱が再燃し、CRP 5.65 mg/dL、便潜血陽性化、便中カルプロテクチンが 257 μ g/g と上昇した。前医の CMV 抗体検査は既感染パターン、CMV リアルタイム PCR は陰性➡ 443,017 と陽転化した。大腸内視鏡を施行し回盲弁に不整形潰瘍を認め、大腸粘膜 CMV-PCR は陽性であり CMV 腸炎と診断した。ガンシクロビルを開始、速やかに解熱、消化器症状は消失した。ステロイドを緩徐に減量し再増悪がないことを確認し退院した。
【考察】免疫抑制療法としてステロイドパルス療法を施行する際には、サイトメガロウイルス再活性化による臓器障害を疑うことが重要である。

日本小児消化管感染症研究会 役員一覧		
役職	氏名	施設名
代表世話人	奥田真珠美	兵庫医科大学小児科
世話人	虻川　大樹	宮城県立こども病院総合診療科
	天羽　清子	大阪市立総合医療センター小児救急科
	新井　勝大	国立研究開発法人　国立成育医療研究センター器官病態系内科部　消化器科
	幾瀬　圭	順天堂大学小児科
	石毛　崇	群馬大学小児科
	位田　忍	大阪母子医療センター消化器・内分泌科
	梅津守一郎	済生会横浜市東部病院小児肝臓消化器科
	沖津　祥子	日本大学医学部病態病理学系微生物学分野
	大日方　薫	順天堂大学小児科
	垣内　俊彦	佐賀大学医学部附属病院小児科
	鍵本　聖一	社会福祉法人　桜楓会医療型障害児福祉施設　カリヨンの杜
	笠井　正志	兵庫県立こども病院感染症内科
	窪田　満	国立研究開発法人　国立成育医療研究センター総合診療部
	熊谷　秀規	自治医科大学小児科学
	近藤　健夫	香川大学小児科
	清水　俊明	順天堂大学小児科
	杉田久美子	すぎた子どもクリニック
	高梨さやか	国立感染症研究所　感染症疫学センター
	高橋美智子	JA 北海道厚生連　札幌厚生病院小児科
監事世話人	田尻　仁	勇村医院小児科
世話人	辰巳　正純	小樽協会病院小児科
	田中　智之	
	津川　毅	札幌医科大学医学部小児科
	徳原　大介	和歌山県立医科大学医学部小児科学講座
	中田　修二	なかた小児科
	永田　智	東京女子医大病院小児科
	中山　佳子	信州大学医学部小児医学講座
	名木田　章	水島中央病院小児科
	西　順一郎	鹿児島大学大学院医歯学総合研究科微生物学分野
	野口　篤子	秋田大学小児科
	松岡喜美子	大阪急性期・総合医療センター小児科　非常勤講師
	松岡　諒	東京慈恵会医科大学小児科
	松永　健司	寝屋川生野病院小児科
	水落　建輝	久留米大学小児科

世話人	森岡　一朗	日本大学医学部小児科学系小児科学分野
	山岸　由佳	高知大学医学部臨床感染症学講座
	山崎　伸二	大阪府立大学大学院獣医環境科学分野・感染症制御学講座・獣医国際防疫学教室
監事顧問	牛島　廣治	日本大学医学部病態病理学系微生物学分野
顧問	尾内　一信	川崎医科大学小児科学第2講座
	大薗　恵一	大阪大学大学院医学系研究科　小児科学　教授
	岡藤　輝夫	岡藤小児科医院
	小林　昭夫	東京家政学院大学保険管理センター
	塩見　正司	愛染橋病院小児科
	堤　裕幸	札幌医科大学医学部名誉教授
	豊田　茂	野尻こどもファミリークリニック
	米沢　俊一	子どもは未来もりおかこどもクリニック
	森島　恒雄	愛知医科大学客員教授

日本小児消化管感染症研究会会則

第１条（名称）
本会は日本小児消化管感染症研究会と称する

第２条(事務局)
本会の事務局は研究会代表の指定するところにおく
〒113-8421 東京都文京区本郷 2-1-1
順天堂大学小児科学講座内

第３条（目的）
本会は小児の消化管感染症に関する知識・技術の向上と研究の発展を図ることを目的とする

第４条（事業）
本会は第３条の目的を達成のため、次の事業を行う
(1) 学術集会の開催
(2) その他、本会の目的達成に必要な事業の開催

第５条（会員）
本会の会員は本会の趣旨に賛同する医師および研究者並びにその他で構成され、種別は次のとおりとする
(1) 正会員
(2) 賛助会員

第６条
本会に入会、または退会しようとする者は、所定の手続きに従って本会に申し出るものとする。なお新入会については世話人会で過半数の賛成を必要とする

第７条
会員は次の事由により会員の資格を喪失する
(1) 退会の届出をしたとき
(2) 会費を３年以上滞納し、督促勧告に応じないとき
(3) その他会則に違反したとき

第８条（役員）
本会に次の役員を置く
代表世話人　　１名
学術集会会長　　１名
世話人　　若干名
会　計　　１名
監　事　　２名
顧　問　　若干名

(1) 代表世話人は世話人の中から互選で選出し、総会で承認を得る
(2) 学術集会会長は会員の中から世話人会が推薦し、総会で承認を得る
(3) 世話人は会員の中から世話人会が推薦し、総会で承認を得る
(4) 監事は世話人以外の会員の中から世話人会で推薦し、総会で承認を得る
(5) 顧問は会員の中から世話人会が推薦し、総会で承認を得る

第 9 条
代表世話人並びに他の役員の任期は 4 年とする。但し再任は妨げない

第 10 条（運営）
1. 代表世話人は年 1 回総会を召集し主催する
2. 総会での議決には、総会参加会員の過半数の賛成を必要とする
3. 学術集会会長が年 1 回学術集会を開催する
4. 世話人会は本会の運営に関する事項を処理する。世話人会は世話人の 2/3 以上の出席で成立し、議事は出席世話人の過半数の賛成により議決する
5. 監事は本会の会計について監査する

第 11 条（会則の変更）
会則の変更には世話人会の議決と総会の承認を要する

第 12 条（経費）
1. 正会員の年会費は、3,000 円とする。この会の会計年度は毎年 1 月 1 日に始まり、同年 12 月 31 日に終わる。
2. 賛助会員の年会費は、30,000 円とする。この会の会計年度は毎年 1 月 1 日に始まり、同年 12 月 31 日に終わる。
3. 研究会開催時には事務局から 15 万円の補助を行う。

付則
1. 本会則は平成 17 年 3 月 26 日から実施する
2. 正会員の年会費は、3,000 円とする

付則
1. 本会則は平成 29 年 2 月 4 日、改正、施行する。

付則
1. 本会則は平成 30 年 2 月 3 日、改正、施行する。

付則
1. 本会則は令和 4 年 2 月 5 日、改正、施行する。

付則
1. 本会則は令和 5 年 2 月 19 日、改正、施行する。

〈協賛企業一覧〉

第20回日本小児消化管感染症研究会の開催に際し、ご支援頂きましたことを深謝致します。

第20回 日本小児消化管感染症研究会
当番世話人　垣内 俊彦
佐賀大学医学部小児科

〈共催セミナー〉

田辺三菱製薬株式会社
株式会社ミズホメディー
ミヤリサン製薬株式会社

〈広告〉

アッヴィ合同会社
アミカス・セラピューティクス株式会社
あゆみ製薬株式会社
MSD株式会社
株式会社オーファンパシフィック
グラクソ・スミスクライン株式会社
クリニジェン株式会社
サノフィ株式会社
住友ファーマ株式会社
武田薬品工業株式会社
日本化薬株式会社
ファイザー Ｒ＆Ｄ 合同会社
株式会社ミズホメディー
ミヤリサン製薬株式会社
持田製薬株式会社

〈企業展示〉

栄研化学株式会社
大塚製薬株式会社
株式会社ミズホメディー
株式会社明治

（2023年12月15日現在　五十音順）

ムコ多糖症Ⅱ型治療剤

薬価基準収載

ヒュンタラーゼ® 脳室内注射液 15 mg

Hunterase® ICV Injection 15 mg

イデュルスルファーゼ　ベータ（遺伝子組換え）脳室内投与製剤

生物由来製品、劇薬、処方箋医薬品注)

注）注意 - 医師等の処方箋により使用すること

効能又は効果、 用法及び用量、 警告、禁忌を含む使用上の注意等については最新の添付文書をご参照ください。

CLINIGEN

製造販売元（輸入）
クリニジェン株式会社
東京都中央区日本橋1-16-3

（文献請求先及び問い合わせ先）
クリニジェン株式会社　カスタマーセンター
フリーダイヤル：0120-192-109

HTR220411
2022年4月作成

生物由来製品 劇薬 処方箋医薬品注)

薬価基準収載

ヒト型抗ヒトTNFαモノクローナル抗体製剤

ヒュミラ®

皮下注20mgシリンジ0.2mL
皮下注40mgシリンジ0.4mL
皮下注80mgシリンジ0.8mL
皮下注40mgペン0.4mL
皮下注80mgペン0.8mL

<アダリムマブ(遺伝子組換え)製剤> HUMIRA®

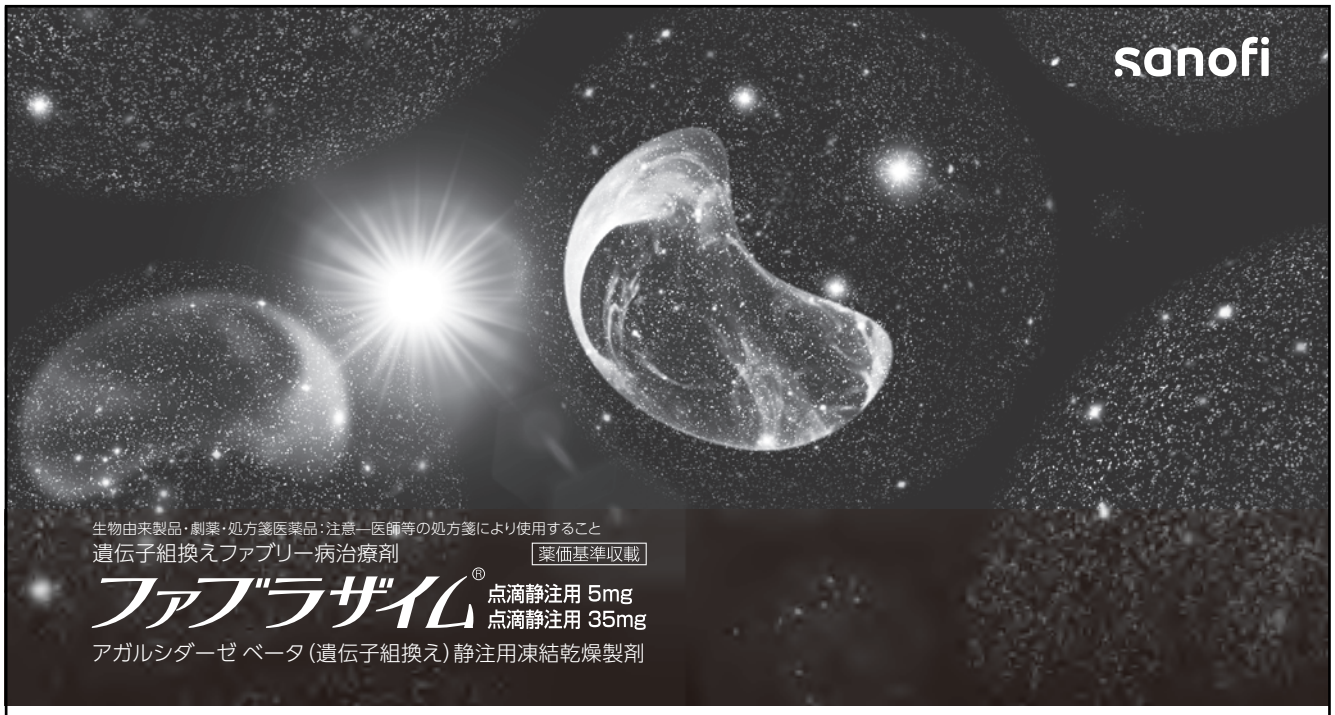
注)注意ー医師等の処方箋により使用すること

効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む注意事項等情報等については、電子化された添付文書(電子添文)をご参照ください。

製造販売元
アッヴィ合同会社 (文献請求先及び問い合わせ先)
くすり相談室
東京都港区芝浦3-1-21 フリーダイヤル 0120-587-874

2023年6月作成
JP-HUM-180023-6.0

abbvie



1. 警告
本剤投与により重篤なアナフィラキシーが発現する可能性があるので、本剤は、緊急時に十分な対応のできる準備をした上で投与を開始し、投与終了後も十分な観察を行うこと。また、重篤なinfusion reactionが発現した場合には、本剤の投与を中止し、適切な処置を行うこと。[8.1 参照]

2. 禁忌（次の患者には投与しないこと）
本剤の成分又はα-ガラクトシダーゼ製剤に対するアナフィラキシーショックの既往歴のある患者[8.1 参照]

4. 効能又は効果

ファブリー病

5. 効能又は効果に関連する注意

5.1 本剤はファブリー病と確定診断された患者にのみ使用すること。
5.2 国内における第2相試験及び海外における第3相臨床試験では組織中のGL-3 除去効果を確認した。しかし臨床症状の改善効果については確立されていない。

6. 用法及び用量

通常、アガルシダーゼ ベータ（遺伝子組換え）として、1回体重1kgあたり1mgを隔週、点滴静注する。

7. 用法及び用量に関連する注意

***7.1** 日局注射用水で溶解し、日局生理食塩液で希釈した後に投与すること。Infusion reactionが発現するおそれがあるため、初回投与速度は0.25mg/分（15mg/時）以下とすること。患者の忍容性が十分に確認された場合、徐々に速めてもよい。[8.2、11.1.1 参照]

8. 重要な基本的注意

8.1 本剤はたん白質製剤であるため、アナフィラキシーショックが起こる可能性は否定できないため、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。また、このような症状の発現に備え、緊急処置を取れる準備をしておくこと。[1.、2.、9.1.1 参照]
8.2 本剤投与によりinfusion reaction（IR）が発現する可能性がある。次回投与に際しては、下表を参考とすること。[7.1、11.1.1 参照]

IRの重症度及び頻度	軽度～中等度のIRの初回又は再発	重度のIRの初回又は再発
前投薬	投与開始1時間前 ・抗ヒスタミン剤 ・解熱鎮痛剤／抗炎症剤	投与開始約12時間、6時間及び1時間前 ・副腎皮質ホルモン剤 投与開始1時間前 ・抗ヒスタミン剤 ・解熱鎮痛剤／抗炎症剤
投与速度	0.15mg/分より開始し、異常が見られなければ徐々に0.25mg/分まで投与速度を上げる。	

8.3 Infusion reactionの発現を予測するため定期的にアガルシダーゼ ベータ（遺伝子組換え）に対するIgG抗体検査を行うことが望ましい。投与により、大部分の患者でIgG抗体産生が予想され、そのような患者はinfusion reactionを発現しやすいと考えられる。

9. 特定の背景を有する患者に関する注意

9.1 合併症・既往歴等のある患者
9.1.1 本剤の成分又はα-ガラクトシダーゼ製剤に対する過敏症の既往歴のある患者
[8.1 参照]
9.5 妊婦
妊婦又は妊娠している可能性のある患者には、治療上の有益性が危険性を上まわると判断される場合のみ投与すること。
9.6 授乳婦
治療上の有益性及び母乳栄養の有益性を考慮し、授乳の継続又は中止を検討すること。ヒトで哺乳中の児における影響は不明である。
9.7 小児等
小児等を対象とした臨床試験は実施していない。
9.8 高齢者
副作用の発現に特に注意し、慎重に投与すること。一般に生理機能が低下していることが多い。

11. 副作用

次の副作用があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止するなど適切な処置を行うこと。

11.1 重大な副作用
11.1.1 Infusion reaction（本剤投与当日に発現する反応）（頻度不明）
悪寒、発熱、体温変動感、悪心、高血圧、嘔吐、潮紅、錯感覚（ファブリー痛）、疲労、疼痛（四肢痛）、頭痛、そう痒症、胸痛（胸部不快感）、低血圧、頻脈、動悸、徐脈、呼吸困難、喘鳴（咽喉絞扼感）、咳嗽、鼻炎、発疹、蕁麻疹、流涙増加、腹痛、筋痛、浮動性めまい、蒼白、酸素飽和度低下、浮腫等が報告されている。投与中あるいは投与終了後は、観察を十分に行い、これらの症状が発現した場合は、点滴速度を下げ、あるいは投与を一時中止し、適切な薬剤治療（抗ヒスタミン剤、解熱鎮痛剤、副腎皮質ホルモン剤等）や緊急処置を行うこと。[7.1、8.2 参照]

14. 適用上の注意

***14.1 薬剤調製時の注意**
14.1.1 溶解約30分前には室温に戻すこと。用時1バイアルを35mg製剤は日局注射用水7.2mLで、5mg製剤は日局注射用水1.1mLでそれぞれ溶解し、アガルシダーゼ ベータ（遺伝子組換え）として5mg/mLの溶液とする。各バイアルに規定量の日局注射用水を加え、溶液が泡立たないように静かに混和する。異物や変色の見られたバイアルは使用しないこと。溶解後は速やかに希釈すること。
14.1.2 各バイアルから規定の液量（患者の体重あたりで計算した必要量）を採取し、日局生理食塩液中に注入し、最終容量50～500mLまで希釈する。投与量が35mg以下の場合は50mL以上、投与量が35mgを超えて70mg以下の場合は100mL以上、投与量が70mgを超えて100mg以下の場合は250mL以上、投与量が100mgを超える場合は500mLまで希釈する。その際、投与液剤をゆるやかに混和すること。
14.1.3 溶解・希釈後は速やかに使用すること。やむを得ず保存する場合は、遮光して2～8℃で保存し、24時間以内に使用すること。
14.1.4 他剤との混注を行わないこと。
14.1.5 各バイアルは一回限りの使用とすること。
14.2 薬剤投与時の注意
たん白質を吸着しにくいポアサイズ0.2ミクロンのインラインフィルターを使用することが望ましい。

*2022年6月改訂(第3版)

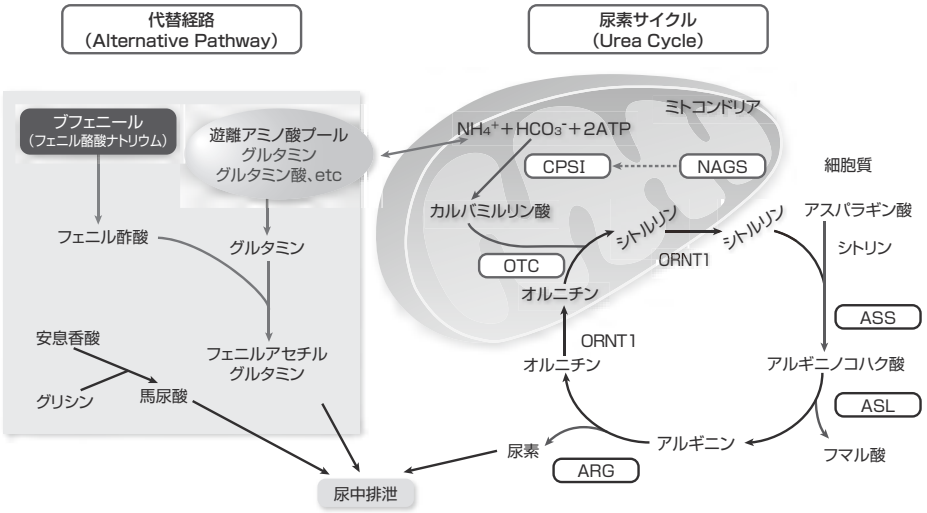
●詳細は電子化された添付文書をご参照ください。　●電子化された添付文書の改訂にご留意ください。　●資料は当社医薬情報担当者にご請求ください。

【製造販売元】**サノフィ株式会社** 東京都新宿区西新宿三丁目20番2号
【文献請求先及び問い合わせ先】**サノフィ株式会社** コールセンター くすり相談室
〒163-1488　東京都新宿区西新宿三丁目20番2号　フリーダイヤル 0120-109-905　FAX (03) 6301-3010

2022年11月作成
MAT-JP-2102665-2.0-11/2022

CMIC シミックグループ オーファンパシフィック

ブフェニールは、体内でフェニル酢酸となり、尿素サイクルとは異なる**代替経路（Alternative Pathway）**により
グルタミンを尿中に排泄させることで、**血中のアンモニア濃度を低下**させる**尿素サイクル異常症用薬**です。



尿素サイクル異常症用薬

薬価基準収載

ブフェニール® 錠 500mg 顆粒 94%

Buphenyl®

フェニル酪酸ナトリウム製剤

処方箋医薬品（注意ー医師等の処方箋により使用すること）

2. 禁忌（次の患者には投与しないこと）
本剤の成分に対して過敏症の既往歴のある患者

4. 効能又は効果
尿素サイクル異常症

5. 効能又は効果に関連する注意

5.1 本剤は新生児期に発症する尿素サイクル異常症患者（出生後28日以内に発症する完全な尿素サイクル酵素欠損症患者）及び高アンモニア血症の既往を有する遅発型尿素サイクル異常症の患者に適用される。

5.2 本剤の適用患者には食事制限（食品蛋白の摂取制限）及び必須アミノ酸補給等の十分な栄養管理の下に本剤を投与する必要があるので、食事指導を行うこと。

6. 用法及び用量
通常、以下のとおり投与する。

対象	1日投与量（フェニル酪酸ナトリウムとして）	用法
体重20kg未満の小児等	450～600mg/kg	3回～6回に分割し、食事又は栄養補給とともに若しくは食直後に経口投与する。
成人及び体重20kg以上の小児等	9.9～13.0g/m²（体表面積）	

投与は少量より開始し、患者の状態、血中アンモニア濃度、血漿中アミノ酸濃度等を参考に適宜増減する。また、食事制限及び必須アミノ酸補給等の十分な栄養管理の下に投与する。

7. 用法及び用量に関連する注意

7.1 1日あたり20g（40錠）以上の投与に関する安全性及び臨床効果は確認されていない。

7.2 風邪、過激な運動、食事及び便秘等により高アンモニア血症が悪化した場合は適宜増量する。また、高アンモニア血症の急性増悪が認められた場合には他の治療法を検討すること。

8. 重要な基本的注意

8.1 本剤はナトリウム含量が高いため、うっ血性心不全、腎不全、浮腫を伴うナトリウム貯留が認められる患者に投与する場合は注意すること。（500mg錠1錠あたり62mg、顆粒剤1gあたり116mgのナトリウムを含有する）[9.1.1、9.2.1参照]

8.2 主代謝物であるフェニルアセチルグルタミンの腎排泄はカリウムの尿中消失を誘発するおそれがあるため、本剤投与中は血清中カリウム濃度をモニタリングすること。[9.2.2参照]

8.3 血中アンモニア濃度、血漿中グルタミン濃度等を測定し、治療効果を確認すること。

8.4 本剤投与及び栄養管理により血漿中アミノ酸濃度が低下する可能性があるため、アルギニン濃度、分岐鎖アミノ酸濃度及び血清中蛋白濃度を基準範囲内に維持すること。

9. 特定の背景を有する患者に関する注意（抜粋）

9.1 合併症・既往歴等のある患者

9.1.1 うっ血性心不全、浮腫を伴うナトリウム貯留が認められる患者
疾患を増悪させるおそれがある。[8.1参照]

9.1.2 先天性のβ酸化異常を有する患者
代謝遅延により、血漿中のフェニル酪酸濃度が上昇するおそれがある。

11. 副作用
次の副作用があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止するなど適切な処置を行うこと。

11.2 その他の副作用（抜粋）
主な副作用は、高アンモニア血症、脱毛症（発現頻度10%以上）、アミノ酸濃度減少、体重増加、人格変化、運動失調、頭痛、腹部不快感、悪心、流涎過多、肝機能障害、嘔吐、発疹、味覚倒錯、肺炎、月経障害、無月経、体臭（発現頻度1～10%未満）でした。

●注意:その他の使用上の注意につきましては、添付文書をご参照ください。

【承認条件】「全例調査」

【資料請求先】株式会社オーファンパシフィック DIセンター
〒105-0023 東京都港区芝浦1-1-1　TEL 0120-889-009　受付時間 9：00 ～17：30（土・日・祝日・社休日を除く）

製造販売 株式会社オーファンパシフィック

2023年8月作成
BPN3304md(A)

生物由来製品、劇薬、処方箋医薬品*　薬価基準収載

ヒト型抗ヒトTNFαモノクローナル抗体製剤

アダリムマブBS皮下注

アダリムマブ（遺伝子組換え）［アダリムマブ後続3］

*注意ー医師等の処方箋により使用すること

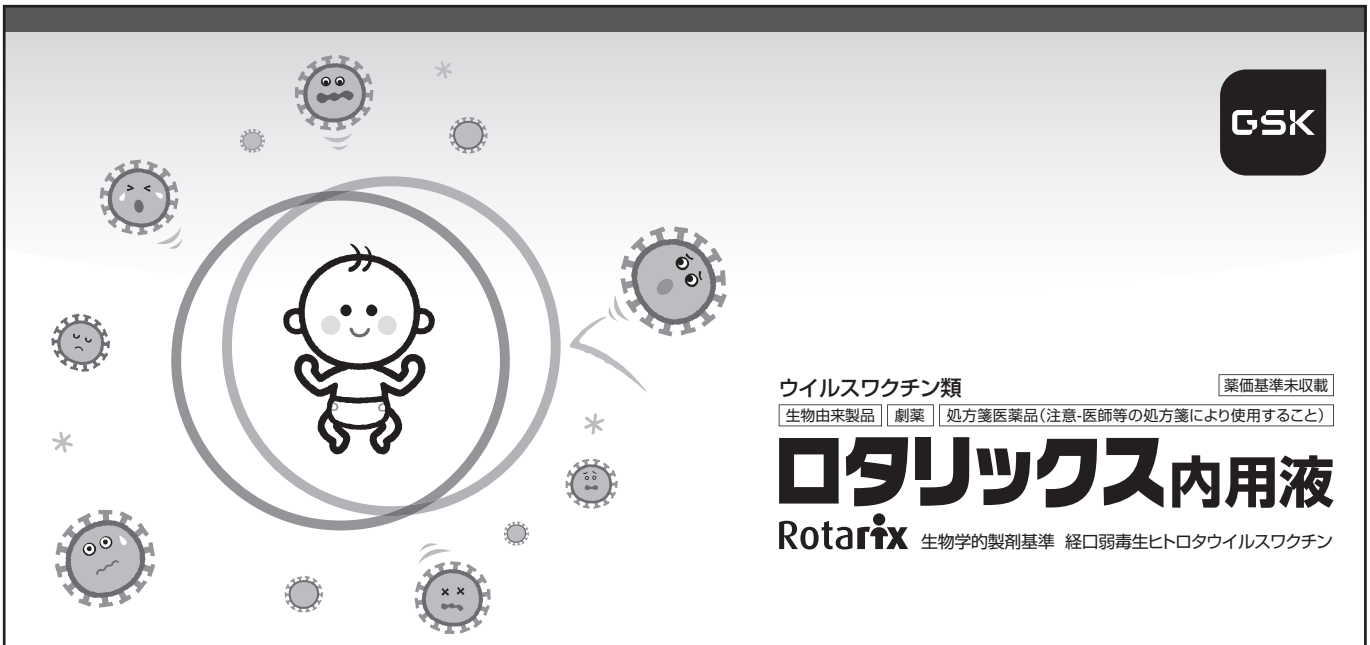
20mgシリンジ0.2mL「MA」
40mgシリンジ0.4mL「MA」
80mgシリンジ0.8mL「MA」
40mgペン0.4mL「MA」

〔効能又は効果〕、〔用法及び用量〕、〔警告・禁忌を含む使用上の注意〕等については、電子化された添付文書（電子添文）をご参照ください。

販売（文献請求先及び問い合わせ先）
あゆみ製薬株式会社
東京都中央区銀座四丁目12番15号

製造販売元
持田製薬株式会社
東京都新宿区四谷1丁目7番地

ADAA4②M-22JAY03



GSK

ウイルスワクチン類　薬価基準未収載

生物由来製品　劇薬　処方箋医薬品（注意-医師等の処方箋により使用すること）

ロタリックス内用液

Rotarix　生物学的製剤基準　経口弱毒生ヒトロタウイルスワクチン

●「効能又は効果」、「効能又は効果に関連する注意」、「用法及び用量」、「用法及び用量に関連する注意」、「接種不適当者を含む接種上の注意」等につきましては、製品電子添文をご参照ください。

製造販売元（輸入）
グラクソ・スミスクライン株式会社
〒107-0052　東京都港区赤坂1ー8ー1

文献請求先及び問い合わせ先
TEL：0120-561-007（9：00～17：45／土日祝日及び当社休業日を除く）
FAX：0120-561-047（24時間受付）

PM-JP-ROT-ADVT-190002
改訂年月2023年6月

Better Health, Brighter Future

タケダは、世界中の人々の健康と、輝かしい未来に貢献するために、
グローバルな研究開発型のバイオ医薬品企業として、革新的な医薬品やワクチンを創出し続けます。

1781 年の創業以来、受け継がれてきた価値観を大切に、
常に患者さんに寄り添い、人々と信頼関係を築き、社会的評価を向上させ、
事業を発展させることを日々の行動指針としています。

武田薬品工業株式会社
www.takeda.com/jp

Takeda

Amicus Therapeutics®
最先端の治療法で希少疾患に挑む

アミカス・セラピューティクス株式会社

FABRY FACTS 医療従事者向け ファブリー病情報サイト
ファブリーファクト 検索

FABRY CONNECT 患者さん向け ファブリー病情報サイト
ファブリーコネクト 検索

NP-NN-JP-00010221
2021年4月作成

ファイザーは
医薬品開発において
患者市民参画
(Patient & Public Involvement)
を積極的に進めています。

Pfizer

https://www.pfizer.co.jp/pfizer/development/index.html

遺伝子組換えファブリー病治療剤

薬価基準収載

アガルシダーゼベータBS

点滴静注5mg「JCR」・点滴静注35mg「JCR」

アガルシダーゼ ベータ（遺伝子組換え）［アガルシダーゼ ベータ後続1］

生物由来製品　劇薬　処方箋医薬品*　　*注意-医師等の処方箋により使用すること

※効能・効果、用法・用量、警告・禁忌を含む使用上の注意等の詳細については、電子化された添付文書をご参照ください。

製造販売元
JCRファーマ 株式会社
兵庫県芦屋市春日町3番19号

販売元（文献請求先及び問い合わせ先）
住友ファーマ株式会社
〒541-0045 大阪市中央区道修町 2-6-8

〈製品に関するお問い合わせ先〉
くすり情報センター
TEL 0120-034-389
受付時間／月～金 9:00～17:30（祝・祭日を除く）
https://sumitomo-pharma.jp/

2022年6月作成

生菌製剤
ミヤBM®細粒
MIYA-BM® FINE GRANULES

生菌製剤
ミヤBM®錠
MIYA-BM® TABLETS

酪酸菌（宮入菌）製剤

効能・効果、用法・用量、使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

薬価基準収載

Miyarisan
製造販売元
ミヤリサン製薬株式会社

資料請求先：［学術部］東京都北区上中里 1-10-3
TEL: 03-3917-1191　FAX: 03-3940-1140

患者さんのために、わたしたちにできることがきっとある。
これからも医療・健康ニーズをとらえ、独創的な新薬を開発してまいります。

持田製薬株式会社
MOCHIDA
https://www.mochida.co.jp/

Smart Gene®
PCR測定キット

体外診断用医薬品

ヘリコバクターピロリ核酸キット

スマートジーン® H.pylori G

承認番号 30300EZX00099000

測定開始から
約50分で判定

- PCR を原理とする *H.pylori* の感染診断法
- 検査検体は胃内視鏡廃液であるため追加の侵襲なしに検体採取が可能
- 簡単な操作で 1 時間以内に *H.pylori* の感染診断とクラリスロマイシン感受性に関する変異の判定が可能

保険点数

胃・十二指腸液採取	ヘリコバクター・ピロリ核酸及びクラリスロマイシン耐性遺伝子検出	微生物学的検査判断料
210 点	360 点	150 点

除菌前の感染診断
（1）除菌前の感染診断については、次の７項目の検査法のうちいずれかの方法を実施した場合に 1 項目のみ算定できる。ただし、①から⑥までの検査の結果、ヘリコバクター・ピロリ陰性となった患者に対して、異なる検査法により再度検査を実施した場合に限り、さらに 1 項目に限り算定できる。また、⑦の検査の結果、ヘリコバクター・ピロリ陰性となった患者について、胃粘膜に同感染症特有の所見が認められているなど、同感染症を強く疑う特有の所見がある場合に、異なる検査法により再度検査を実施した場合に限り、さらに 1 項目に限り算定できる。なお、この場合において、医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
①迅速ウレアーゼ試験　②鏡検法　③培養法　④抗体測定　⑤尿素呼気試験　⑥糞便中抗原測定　⑦核酸増幅法
（2）（1）に掲げる①及び②の検査を同時に実施した場合又は④、⑤及び⑥のうちいずれか２つの検査を同時に実施した場合にあっては、（1）の規定にかかわらずそれぞれの所定点数（①＋②、④＋⑤、④＋⑥、⑤＋⑥）を初回実施に限り算定することができる。

全自動遺伝子解析装置 Smart Gene®

特定保守管理医療機器/設置管理医療機器
届出番号 41B2X10001000004

- コンパクト設計の卓上サイズ（幅 152mm× 奥行 343mm× 高さ 300mm）
- 温度応答性の高い加温冷却器を採用し、検出時間を短縮
- 測定結果を自動でプリントアウト（測定結果の自動印刷設定は変更できます。）

ヘリコバクター・ピロリ抗原キット

クイック チェイサー® H.ピロリ

体外診断用医薬品　承認番号 23000EZX00033000

テストプレート
滴下数&判定時間の表記で、操作ミスを軽減

操作方法
1ステップの簡単操作

※クイック チェイサー H.ピロリは、ヘリコバクター・ピロリ抗原の鞭毛部分に対する抗体を使用しています。

株式会社 ミズホメディー
佐賀県鳥栖市藤木町5番地の4　https://www.mizuho-m.co.jp

学術担当窓口　お客様専用　月～金(祝日を除く) 9:00～12:00 13:00～17:00
0120-12-4636